



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



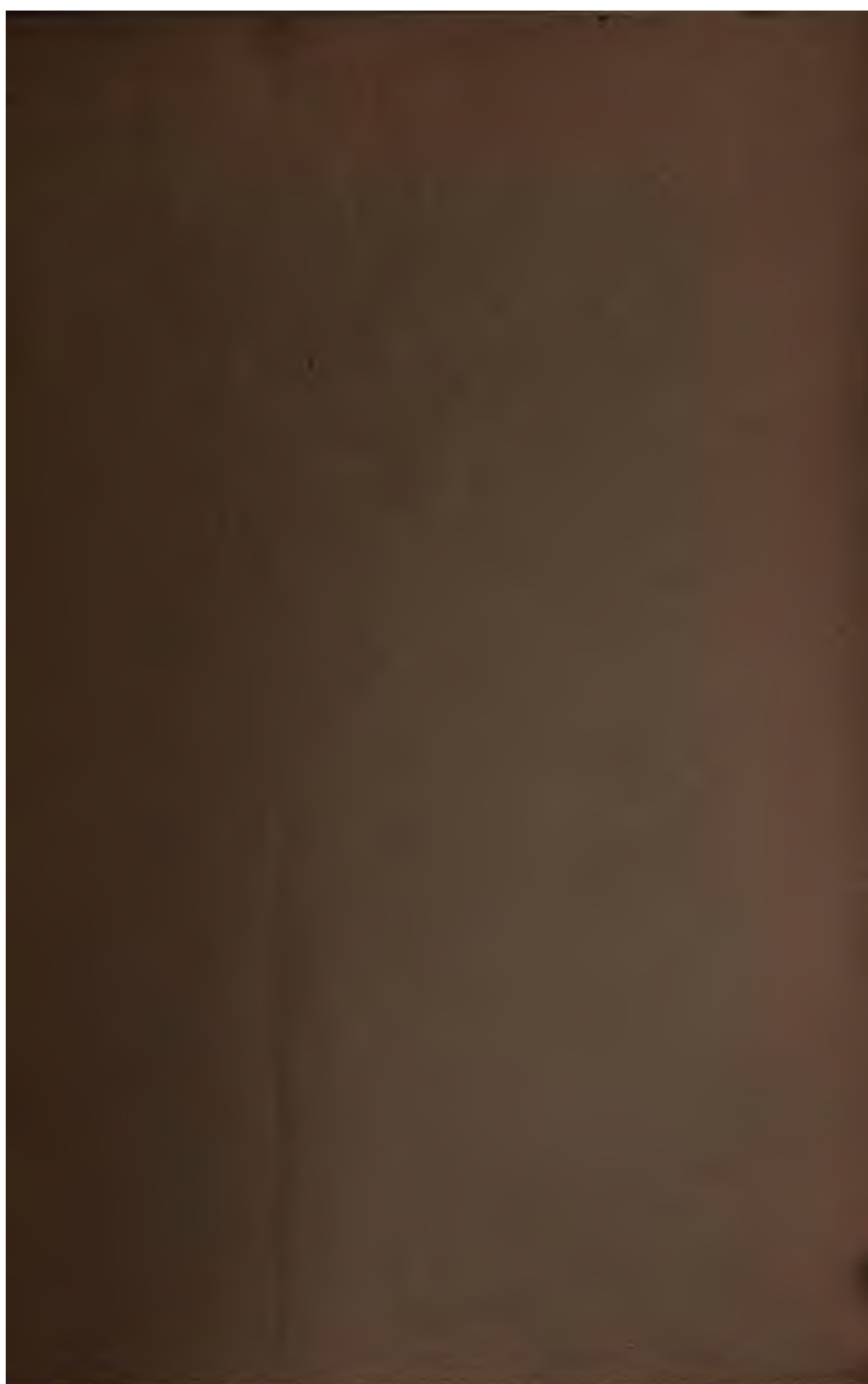
A 3 9015 00380 193 6
University of Michigan - BUHR



Excerpta medica

1899/1900.







610.5
E95

Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Neunter Jahrgang 1899/1900.



**CARL SALLMANN IN LEIPZIG
1900.**

10

Medical
Miller
1-29-27
13902

Verzeichniss der Stich- und Schlagworte.*)

- | | |
|---|---|
| Agrypnie 11. | Ephelides 11. |
| Akne 6. | Epilepsie 11, 12. |
| Alopecie 2, 11. | Erysipel 1, 7, 10. |
| Anaemie, Chlorose 8, 11. | Fissura linguae 5. |
| Anaesthesia, Narkose 4, 6, 7, 11. | Fracturen und Luxationen 1, 4,
8, 10. |
| Aneurysmen 3. | Fremdkörper 1, 5, 7, 12. |
| Angina 11. | Furunkel 8. |
| Antisepsis, Asepsis, Desinfection
3, 8, 10, 12. | Gewerbekrankheiten 2, 8. |
| Arthritis urica 11. | Gonorrhoe 2, 4, 5, 6, 9, 12. |
| Asthma 5. | Haemorrhoiden 3, 4, 9. |
| Augenentzündungen 1, 3, 5, 9, 11. | Helminthiasis 2, 8, 12. |
| Bakteriurie 1. | Hernien 2. |
| Blutungen 1, 4, 5, 7, 10, 12. | Herpes 6. |
| Cataracta 6, 12. | — tonsurans 12. |
| Cholelithiasis 9. | Hyperidrosis 2, 5, 10. |
| Diabetes 4, 9, 12. | Hysterie 8, 12. |
| Diphtherie 3, 4, 7, 8. | Ileus 8, 10. |
| Dyspnoe 9. | Impetigo 12. |
| Ekzem 1, 4, 12. | Influenza 6. |
| Emphysem 7. | Intoxicationen 1, 5, 7, 11. |

*) Dieses Verzeichniss bringen wir zum ersten Mal; es soll das Nach-
schlagen noch mehr erleichtern. Die Zahlen bezeichnen hier die Nummern
des Blattes, während bei den übrigen Verzeichnissen die Seitenzahlen
gegeben sind.

IV

Magendarmkatarrhe 1, 6, 9,

Meningitis 3.

Morbus Basedowii 7.

Nephritis 7, 10.

Nephrolithiasis 7.

Neuralgieen 3, 6.

Neurasthenie 12.

Otitis 3.

Paralysen 8, 10.

Pemphigus 4, 6, 12.

Perityphlitis 10.

Pertussis 3, 8, 11.

Pleuritis 1.

Pneumonie 1, 9.

Pneumothorax 3.

Pruritus 7.

Psoriasis 1, 3, 8.

Rheumatismen 1, 4, 5, 7, 10.

Rhinitis 2, 8.

Scabies 11.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 2, 5, 7, 8, 10, 12.

Stomatitis 12.

Syphilis 3, 5, 6, 7, 8, 12.

Tabes dorsalis 2.

Tuberculose 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12.

Tumoren 5, 6, 9, 12.

Ulcus cruris 2.

— molle 3.

— ventriculi 1.

Urticaria 2.

Inhalts-Verzeichniss.

A.

- | | |
|---|--|
| <p>Abortus artificialis, durch Jodtinctur 540.</p> <p>Abscesse der Prostata 256; Protargol 101, Seifenspiritus 419, Salbenverband 554 bei A.</p> <p>Acid. arsenic. bei Carcinom 407, Warzen 553, Neurasthenie 537 (s. auch „Arsen“).</p> <p>— boric. bei Fussaschweissen 63, 215.</p> <p>— carbolie. bei Alopecie 50, Lichen 138, Pruritus 305, Haemorrhoiden 179, Odontalgie 245, Ischias 119, Fissura linguae 206.</p> <p>— formic. bei Hyperidrosis 432.</p> <p>— jodic. bei Diphtherie 159.</p> <p>— muriat. bei Magendarmkatarrh der Säuglinge 259.</p> <p>— osmic. bei Ischias 119.</p> <p>— salicyl. bei Psoriasis 128, 130, Akne 244, Lupus 316, Alopecie 468; mit Naftalan 136.</p> <p>— tannic. bei Nasenbluten 7, Haemorrhoiden 179, Alopecie 468; zu Mundwasser 556.</p> <p>— trichloracetic. bei Granulationen im Ohr 122, Hyperidrosis 432.</p> | <p>Aderlass im Klimakterium 423.</p> <p>Adipositas, Oophorintabletten 279, Jodothyron 280.</p> <p>Aerztelymphangitis 176.</p> <p>Aethernarkose, Todesfall in der 245.</p> <p>Aethylechlorid zur Narkose 477.</p> <p>Agrypnie bei Neurasthenie 538; Dormiol 465, Hedonal 466, 467.</p> <p>Akne, Bierhefe 241, Seifen 242 bei A. vulgaris; A. necrotica 243.</p> <p>Aktinomykosis, Jodipin 546.</p> <p>Albuminurie nach Schädelverletzung 413.</p> <p>Albumosemilch bei Magendarmkatarrh der Säuglinge 257.</p> <p>Alcarnose zur Ernährung bei Ulcus ventriculi 35.</p> <p>Alkoholverbände bei Eiterungen 91, Tuberculose 403.</p> <p>Alopecia, Chrysarobin 49, Acid. carbolie. 50; Seborrhoe dabei 468; A. syphilitica 468.</p> <p>Amylenhydrat bei Diabetes insipidus 388.</p> <p>Anaemie, Chlorose, Eisensomatose 329, Ferr. oxyd. lacte sacch. 330, Sanguinal 470,</p> |
|---|--|

- Argent. nitr. bei Magen-symptomen 34; A. und Ulcus ventriculi 36, schwere A. in Folge von Haemorrhoiden 183; Antistreptokokkenserum 470; Behandlung der Ch. 471.
- Anaesthesie, Narkose, — mit Aethylchlorid 477, mit Chloroform bei Wehenschwäche 311, N. und Irrsinn 247, plötzlicher Tod und Gefahren während der N. 146, 148, 245, 281, 282, 283; Regionäre A. bei Operationen an den Extremitäten 145; Dionin 244, 475, 476, Heroin 284, 285; Orthoform 475, Naftalan bei Verbrennungen 151, Ichthyol bei Frauenkrankheiten 150, Behandlung der Odontalgie 245.
- Aneurysmen, Gelatineinjectionen 97; der Aorta bei Lues 265.
- Angina und Endocarditis 479; Mandeln als Eingangspforte für Infectionen 480.
- pectoris, der Schreiber 343.
- Angiome, Ichthyolcollodium 409.
- Antifebrin bei Facialisneuralgien 262.
- Antipyrin bei Nasenbluten 7, Epididymitis 56.
- Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Primäre Wunddesinfection 93, Creolin 99, Protargol 100, Wasserstoffsuperoxyd 421, Xeroform 333; Calomel in der Geburtshilfe 332; Desinfection der Hände 515, mit Chirol 513, Seifenspiritus 515; diese zur Desinfection der Instrumente 417, Sterilisierung von Bürsten 332, der Wäsche und Kleider 330, 419, 516; Taschensterilisirapparat 419.
- Antistreptokokkenserum bei Anaemie 470.
- Antitussin bei Pertussis 351.
- Aortenaneurysmen, Gelatineinjectionen 97; aufluetischer Basis 265.
- Apoplexia cerebri post coitum 199.
- Argent. nitric. bei Anaemie, Chlorose mit Magenstörungen 34, Magendarmkatarrh der Säuglinge 260; zur Prophylaxe der Ophthalmoblenorrhoe 103, 105.
- Argilla bei Magendarmkatarrh der Säuglinge 260.
- Arsen, Dosirung 44; gegen Thyreoidismus 43. (Siehe auch „Acid. arsen.“)
- Arteriosklerose der Uterinarterien 288.
- Arthralgie, hysterische 345.
- Arthritis, Streptokokken-A. bei Erysipel 13, ankylopoëtische in den Occipito-Vertebralgelenken 185.
- urica, Ichthyol-Moorschlamm 29, Massage mit Quecksilber 41, Sidonal 414, 481, 482.
- Aspirin in der Augenpraxis 5, bei Rheumatismen 222, 306, 446, 447.
- Asthma, Jodipin 133, 546, Jodopyrin 140, Dionin 268, 477, Atropin 193.

Atrabillin bei Augenentzündungen 1.

Atropin, bei Asthma 194, Ileus 347, 432; Vergiftung 18.

Augenentzündungen. Behandlung des Frühlingskatarrhs 194, des Heufieberkatarrhs 195, der Keratitis profunda 381, Quecksilberbehandlung bei serophulösen A. 483, starke Sublimatlösungen bei A. 196, Ichthyol bei Trachom 483, Xeroform bei Frühlingskatarrh 2; Protargol 101, 198, Atrabillin

1, Aspirin 5, Dionin 199, Guajasanol 271, Salbenmullverband 3; Pannus trachomatousus geheilt durch ein Erysipel 427; A. der Neugeborenen 102, 104, 106, 380; Impferkrankungen 378; Raupenhaar-Ophthalmie 484; Iritis toxica 379, gonorrhoeica 531, Ursachen der primären I. 484; Conjunctivitis diphth. 106, 107; Lidgangrän nach Eisenwendung 377; Orbitalphlegmone 106.

EE.

Bacterium coli bei Ophthalmoblenorrhoe 106.

Bakteriurie mit Bacillus lactis aërogenes 6.

Balanitis, Euphen 364.

Balneotherapie bei Haemorrhoiden 110, Ischias 120, im Klimakterium 507.

Balsam. peruv. bei Hyperidrosis 432.

Barbierstube, Infektionsgefahr in 228.

Bart, Uebertragbarkeit der Tuberculose durch den 234.

Bartholinitis, Aetiologie 252.

Becken, enges, Schädelverletzungen dabei 356.

Belastungslagerung, nach Pinus 151.

Bierhefe, bei Gonorrhoe der Frauen 213, Acne faciei 241.

Bismuth. subnitr. bei Ulcus ventriculi 36, Ephelides 487; mit Naftalan 136.

Bismuth. carbonic. basic. bei Ephelides 488.

— oxychloric. bei Ephelides 489.

Blaublindeheit bei Schrumpfnieren 302.

Blepharitis, Salbenmullverband 3, Protargol 102.

Blutungen bei Morbus Basedowii 425, Henoch'sche Purpura 517; Ursache der Melaena neonatorum 425; Gelatine bei Melaena neonatorum 152, Haemophilie 7, 201, Haematurie 518, Nasenbluten 201; Schnupfpulver bei Nasenbluten 7; Nierenblutungen 9, 154, 434; subcutane Nierenruptur 202; Gebärmutterblutungen durch Sklerose der Uterinarterien 288; Stypticin bei Gebärmutterblutungen 154, Salipyrin 287, Vaporisation 421; Aderlass im Klimakterium 423; Ma-

genblutung, parenchymatöse 519, Protargol bei B. im Magen und Darm 139; Gehirnblutung nach Coitus 199; Umstechung und Naht bei Nabelblutung 152; B. bei Haemorrhoiden 111, 183; Beschränkung der Flüssigkeiten bei inneren B. 287; Erweiterung des Brustkorbes bei Nasenbluten 202.

Calciumcarbid im Bindehautsack 92.
 Calc. chlorat. mit Vasogen 138.
 Camphor. bei Odontalgie 245, Pruritus 305.
 Carbunkel, Alkoholverbände 92.
 Carcinoma uteri, Wachstum 550, Ichthyol 150; C. ventriculi, Protargol 139, Dionin 475; Guajasanol bei C. 271, Arsen 407; C. der Kopfhaut 551, Wirbelsäule 271, Prostata 273.
 Caries dentium, Facialisneuralgien dabei 261.
 Castration bei Tuberculose des Nebenhodens 366.
 Cataracta als nasogene Reflexerkrankung 248, bei Feuerarbeitern 250; Jodkalium bei C. 519.
 Chinaphthol bei Diphtherie 159.
 Chinolin-Naphthol-Gaze bei Otitis media 122, 124.
 Chirol zur Händedesinfektion 513.
 Chlorsmen Therapie 485.

Bromidia bei puerperaler Eklampsie 541.
 Bromipin bei Epilepsie 491, 524.
 Bromoform bei Pertussis 126.
 Bronchiektasieen, in Folge von Fremdkörpern 17.
 Bronchitis, Dionin 268, 475, 476, Heroin 285, 496, Jodipin 491, Pertussin 497.
 Bubo, Alkoholverbände 91.

C.

Chloral. hydrat. bei Odontalgie 245, Pruritus 305, Hyperidrosis 432, Alopecie 468.
 Chloroform bei Taenien 58, Magendarmkrankheiten 508; Tod in Narkose 146, 148.
 Cholelithiasis, häusliche Karlsbader Cur 382, Dionin 477.
 Chrysarobin bei Alopecie, Pityriasis capitis, Ekzema seborrhoic. capitis 49, Ekzem 163, Psoriasis 130, Haemorrhoiden 111.
 Circumcision, Uebertragung der Tuberculose durch 454.
 Citrophén bei Rheumatismen 222, Fieber der Phthisiker 231.
 Claudicatio intermittens, Fall 508.
 Closets, niedrige 43.
 Cocain bei Ischias 119, 495, Odontalgie 245, Hyperemesis gravidarum 539, Bandwurmeuren 531, Keratitis 381; Intoxication 494.
 Codein bei Neurasthenie 537.

Coffein. citr. bei Facialisneuralgieen 262.

— natrosalicyl. bei Pneumonie 396.

Coitus, Gehirnhaemorrhagie nach 199.

Colitis s. Magendarmkatarrhe.

Combustio, Naftalan 12, 151, Protargol 100, 102, Salbenverband 555.

Congelatio, Naftalan 12.

Conjunctivitis diphtheritica 106, 107; Heufieberkatarrh 196; Xeroform bei Frühlingskatarrh 2, Operation dabei 195;

starke Sublimatlösungen bei C. 196, Protargol 101, 198, Guajasanol 271, Salbenmullverband 3. (Siehe auch „Trachom“).

Contractur, Verhütung derselben bei Hemiplegie 441.

Creolin bei Erysipel und als Antisepticum 99, Pruritus ani 305.

Crurin bei Ulcus cruris 371.

Cyclitis, Atrabilin 1.

Cystitis, Protargol bei C. gonorrhoea 139; Guajasanol 271.

D.

Dakryocystoblennorrhoe, Protargol 102, Sublimat 197.

Decubitus, Naftalan 164.

Dementia paralytica, Differentialdiagnose mit Tabes 74.

Dermatitis acuta, durch Hauttiren mit Rhus toxicodendron 523.

— exfoliativa neonatorum, Therapie 538.

Diabetes insipidus, Amylenhydrat 388; D. und Enuresis 519.

— mellitus, Milcheur 156, Didymin 280, Marienbad 522; D., Cataract und Nasenerkrankungen 249, D. und Psoriasis 354; D. nach Unfällen 385, 521; Glykosurie der Vaganten 382.

Diarrhoe, Protargol 139 (siehe a. „Magendarmkatarrhe“).

Diazoreaction bei Phthise 499.

Didymin bei Diabetes 280.

Dilatatio ventriculi, acuta, letale 19.

Dionin bei Augenaffectionen 199, bei Erkrankungen der Athmungsorgane 267 und als Anaestheticum intern 244, 475, 476.

Diphtherie, Conjunctivitis 106, 107; Rhinitis fibrinosa und D. 161, 354; unilaterale Nasendiphtherie 162; D. der Vulva 333; D. mit Erythema nodos. und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung 289; Behandlung der D. mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd 158; Gaumendefect nach D. 290.

— Bacillen im Panaritium 160.

— Serum, Idiosynkrasie gegen 157; neue Marken 335.

Dormiol bei Agrypnie 465.

Duotal bei Phthise 269.

Dysmenorrhoe, Salipyrin 288.

Dyspnoe, Oxycampher 388, 390.

E.

Eisensomatose 329, 505.

Eclampsia puerperalis, Bromidia 541.

Ekzema und Vaccination 522, durch Hantiren mit Rhus toxicodendron 523, E. und Kopfkissen 322; Naftalan 10, 11, 136, 137, 163, Vasogen. spiss. 138, Protargol 164, Eugallol 354. Resorcinalkohol 9, Elektrizität 164, Röntgenstrahlen 368; Salbenmullverband bei E. der Augengegend 4, Chrysarobin bei E. seborrhoic. capitis 49, 163, bei E. psoriasisiforme 130.

Elektrotherapie bei Ischias 119, Ekzem 164; neue Faradisationselektroden, urethrale 375.

Emphysema cutis während der Geburt 312.

— pulmon., Struma und Pneumothorax 127; interessantes Symptom 291; Dionin 268, 477.

Empyem s. Pleuritis.

Endocarditis und Angina 479; E. gonorrhoeica 214, E. bei Influenza 256.

Enuresis bei Diabetes insipidus 519.

Ephelides, Therapie 485.

Epicarin 498.

Epididymitis, Naftalan 10, 11, 12; Wärme 252, 391, 530; scrotaler Gehverband 55; Methylsalicylat 57.

Epilepsie, puerperale 526; Bromipin 491, 524, Entsalzung 525, Operation 489.

Episcleritis, Aspirin 5.

Epistaxis s. Blutungen.

Erysipel als Heilmittel für Tuberculose der Conjunctiva 426, Pannus trachomat. 427; Streptokokken-Polyarthritiden bei E. 13, Pneumonie nach E. 25; Creolin 99, Ichthyol 292, Sublimat 292, Protargol 102 bei E.

Erythem der Nase, durch Schleier 411.

Eucasin-Kalbsbrühe 239.

Eugallol bei Psoriasis 352.

Eulactol 413, 556.

Europhen bei Ulcus durum 364.

Exostose in Folge Unfalles 235.

Extract. Bellad. bei Haemorrhoiden 111.

— filic. mar. Giftwirkung 58.

— Hamamel. virgin. bei Haemorrhoiden 111.

— Vacc. myrtill. bei colitischen Processen 394.

Extrauterinschwangerschaft, in die Blase perforirt 295.

F.

Febris, Jodopyrin 140, Citrophen 231, Pyramidon 231.

Ferr. oxyd. lacte sacch. bei Anaemie 330.

Fettschminke und Puder bei Ephelides 488, 489.

Feuerarbeiter, Cataract der 250.

Feuermäler, Ichthyolcollodium 409.

Figura ani, Orthoform 475.

— *linguae*, Behandlung 206.

— *mammæ*, Orthoform 475.

Fisteln, Jodoformvasogen 43.

Formaldehyd (Formalin) bei
Ulcus cruris 85, *Hyperidrosis* 216, 431, *Rhinitis atrophica* 354, epithelialen Erkrankungen 234, zur Desinfection 330, 419.

Fortoin bei Darmkatarrhen 393.

Fracturae ossium der Wirbelsäule und *Spondylitis* 167, des äusseren Gehörganges 338, Längsbrüche des Radiusköpfchens 14, Wachstumsstörung des Radius nach 15, isolirte, subcutane des Kahnbeines im Handgelenk 13, Behandlung der

Oberschenkelbrüche 15, der Patellarbrüche 427, Gypsverband 165, Behandlung complicirter F. 99.

Fremdkörper der Haut 16, des Auges 92, 208, 527, des Nasenrachens 296, der Trachea 210, der Bronchien 17, des Mediastinum 208, der Speiseröhre 211, des Magens 292, der Blase 295, der Bauchhöhle 206; *occulte* 207.

Frühlingskatarrh, Behandlung 194.

Furunkel, Alkoholverbände 92, Salbenverband 554, Seifenspiritus 418, Creolin 100, Protargol 101; *Osteomyelitis* des Radius bei F. des Nackens 340.

G.

Gangrän der Hand durch Embolie bei *Pleuritis purulenta* 24, des Lides nach Eis-anwendung 377.

Gelatine bei *Haemophilie* 7, 201, *Aortenaneurysma* 97, *Melaena neonatorum* 152, Nierenblutung 518, sonstigen Blutungen 201.

Gesichtslagen bei der Geburt 223.

Gesichtsschleier, Ursache von Nasenröthe 411.

Gewerbekrankheiten. Nitronaphthalinwirkung auf die Hornhaut 50, *Cataract* der Feuerarbeiter 250, chronische Schwefelkohlenstoff-

vergiftung 51, *Angina pectoris* der Schreiber 343, Knotenaffection der Melkerinnen 344, *Tuberculosis verrucosa cutis* bei Arbeitern in Kohlenbergwerken 402.

Glaukom, Aspirin 5, Dionin 199.

Glykosurie bei Atropinvergiftung 18, der Vaganten 382. (siehe auch „Diabetes“).

Gonorrhoe. Behandlung mit Largin 212, mit Masseneinspritzungen von Kal. permang. 530; Protargol zur Abortivbehandlung 390, zur Prophylaxe der G. 178, 213, bei der Credé'schen Methode 54, 104, bei *Blennorrhoea vulvovagin. infant.*

54, intern bei Arthritis und Pyämie 139; Ung. einer. bei multiplen Gelenkaffektionen 529; Bierhefe bei G. der Frauen 213; Behandlung der Epididymitis 10, 11, 12, 55, 57, 178, 252, 391, 529, 530; G. paraurethraler Gänge 57, Bartholinitis gonorrh. 252, Lymphangitis 175, Muskel-erkrankungen 173, Gelenk-erkrankungen 307, 390, 529, Iritis 531, Phlegmone 214,

Endocarditis 214, Pleuritis 252; G. und Tubenschwangerschaft 539.

Gonokokken, ungewöhnliche Localisation 251, auf den Schleimhäuten der weiblichen Genitalien 173.

Guajacol bei Lupus vulgar. dissem. 81.

— vasogen bei Lupus 43.

Guajasanol 270, 271.

Gypsgehverband in der Landpraxis 165.

H.

Haemalbumin bei Anaemie 36.

Haemophilie, Gelatineinjectionen 7, 201.

Haemorrhoiden, interne Behandlung 108, chirurgische 179, heisses Wasser 392, Orthoform 475; H. im frühen Kindesalter, 392; Anaemia gravis durch H. 183.

Halslymphome und adenoide Vegetationen 90.

Hantelspeccare bei Haemorrhoiden 110, 180.

Hedonal bei Agrypnie 466, 467.

Heidelbeerextract s. Extract.

Helminthiasis, Chloroform bei Bandwurm 58, Spirit. camph. 344, Salol 344, Cocain 531; Giftwirkung d. Filixextracts 58.

Hernien. Taxation eines Unfallbruches 60, eigenartige Form von Hernia cruralis 63.

Heroin bei Phthisis 270, Bronchitis, Pertussis 496, in der

chirurgischen Praxis 284; Erfahrungen mit H. 285; grosse Gaben ohne Vergiftung 219, 496.

Herpes simplex mit seltenem Verlauf bei Pneumonie 253.

— tonsurans, Naftalan 136, Epicarin 498; Ansteckungsmodus 532.

— zoster, Naftalan 11, Cocain 253, Protargol 102.

Hetolbehandlung bei Tuberculose 453.

Heufieberkatarrh der Conjunctiva 196.

Hydrarg. bichlorat. bei Lichen 138, Erysipel 292, Pruritus 305, Augenaffectionen 196.

— chlorat. als Antisepticum in der Geburtshilfe 332, bei Scrophulose 483.

— praecip. alb. mit Naftalan 136, bei Ephelides 487.

— salicyl., Idiosynkrasie gegen 360.

Hydrogen. peroxyd. bei Diphtherie 159, Wunden 420.
 Hydromise Watte bei Perforation des Trommelfells 124.
 Hyperaemie des Gehirns, Behandlung 505.
 Hyperemesis gravidarum, Cocain 539.
 Hyperidrosis, Naftalan 11, Borsäure 215, Hebra'sches

Pflaster 63, Formalinalkohol 216, 431, Heusner'sches Mittel 432.

Hysterie. Arthralgie 345, Schütteltremor 346, Oesophaguskrampf 532, Fieber 533, Stummheit bei H. 534, Gelenkaffektionen bei H. der Kinder 345; Hedonal bei H. 467.

I.

Ichthyol mit Naftalan 91, 137; bei Ekzem 28, Erysipel 292; Ephelides 486, Psoriasis 28, 130, Perniones 138, Trachom 483, Tuberculose der Harnorgane 369, Frauenkrankheiten 150, Rheumatismen 306; I.-Collodium bei Gefäßmälern 409; I.-Moor-schlamm bei Rheumatismen 29.

Ichthoform bei Darmtuberculose 370.

Igazol bei Phthise 503.

Ileus, Atropin 347, 432.

Impetigo contagiosa, Aetiologie und Therapie 536.

— vulgaris und das Kopfkissen 321, I. combinirt mit Augen-entzündung 3.

Influenza, Jodopyrin 140, Aspirin 447; I.-Exanthem 254; Orbitalphlegmone 106, Pro-

stataabscess 256, Endocarditis bei I. 256; Verschwinden adenoider Vegetationen nach 235.

Insectenstiche, Alkoholverbände 91.

Intoxicationen mit Atropin 18, Cocain 494, Extr. filic. mar. 58, Jod 296, 297, Kartoffeln 299, Kohlendampf 534, Morphinum 217, Petroleum 216, Phenacetin 299, Quecksilber 491, 492, Santonin 18, Sauerampfer 17, Schwefelkohlenstoff 51, Thyreoidin 219.

Iritis gonorrhoeica 531, toxica 379, Ursachen der primären 484; Atrabalin 2, Aspirin 5.

Ischias. Naftalan 11, Cocain 495, Jodopyrin 140, Aspirin 306, Heroin 286; Therapie der I. 118.

J.

Jod mit Naftalan 91; bei Haemorrhoiden 111.

Jodipin, Anwendung und Dosierung 133, J. bei Bronchitis 491, Syphilis 544.

Jodkaliumparotitis 297.

Jodoedem des Kehlkopfes 296.

Jodoform mit Naftalan 91, mit Orthoform 421; bei Haemorrhoiden 111, 179.

XIV

Jodoformvasogen bei tuberculösen Drüsen und Fisteln 43.
Jodopyrin, Anwendung 140.
Jodothyryn siehe „Schilddrüsenbehandlung“.

Jodvasogen bei Strumen, Lues, Periostitis alveolaris 42, Epithelidymitis 56.

Jucken, Mentholvasogen 43.

K.

Kal. chloric. bei Otitis media 122.

— jodat. bei Psoriasis 26, Haemorrhoiden 111, Cataracta 519, Otitis 121, als Mundwasser 556; Intoxicationen 296, 297.

— caustic. bei Lupus 317.

— permang. bei Schlangenbiss 414, Gonorrhoe 530.

Karlsbader Cur, häusliche 382.

Kartoffel-Vergiftung 299.

Kehlkopfspiegel, Verhindern des Beschlagens 557.

Kelen s. Aethylehlrid.

Keloide bei syphilitischen Ulcerationen 313; Thiosinamin 376.

Keratitis, Aetiologie 485; Behandlung der K. profunda 381; Atrabalin 2, Dionin 199, Protargol 102, Salbenmullverband bei K. 3.

Klimakterium, Aderlass 423, heiße Bäder 507.

Kopfkissen in der Dermatologie 321.

Koso bei Taenien 58.

Kreosot bei Ozaena 64, Lupus 316.

Kreosotvasogen bei Tuberculose 42.

Kresolseife zur Wäschedesinfection 516.

L.

Largin bei Gonorrhoe 212.

Laryngitis sicca in der Schwangerschaft 71.

Lichen syphiliticus 364; Unna'sche Salbe bei L. planus 138.

Liq. Alumin. acet. zum Salbenmullverband 554.

— ferri sesquichlorat. bei Chlorose 473.

— Kal. arsenic. s. Arsen.

— Stibii chlorat. bei Lupus 316.

Lupus, Guajacolvasogen 43, Fluornatrium 82, Tuberculinseife 188, Formalin 235, Unna'sche Behandlung 315, Röntgenstrahlen 368, Thiosinamin 376; L. vulgar. dissem. 82, Guajacol dabei 81.

Luxationen. Resultate der unblutigen Behandlung der Luxatio coxae cong. 428, Hernia cruralis im Anschluss an solche Behandlung 63, Paralysis agitans als Folge

von Luxation des Oberarmkopfes 169, subacromiale L. des Humerus 429, Plantarluxation des Nagelgliedes der grossen Zehe 429, willkürliche L. des Knies nach Trauma 335; L. des N. ulnaris 172.

Lymphangitis gonorrhoeica 175; Salbenverband bei L. 555.

Lymphgebläser 42.

Lysol bei Otitis media 121, zur Verhinderung des Beschlagens der Kehlkopfspiegel 557.

M.

Magen- u. Darmkatarrhe. Tannopin 19, 393, Fortoin 393, Protargol 139, Heidelbeerextract 394, Orexin. tannic. 261; Behandlung der acuten M. der Säuglinge 257; acute Magendilatation 19.

Mal perforant du pied, Naftalan 164.

Malaria, Nephritis bei 304.

Marienbad bei Diabetes 522.

Massage mittelst Quecksilber 41, bei Ischias 120.

Mastdarmträger bei Haemorrhoidalvorfall 112.

Melaena neonatorum, Ursache der 425.

Melanoglossie, Fall 508.

Menière'sche Krankheit durch Syphilis 313.

Meningitis tuberculosa 77, basilaris 113, purulenta 112, 192.

Menstruation und Ulcus molle 135, Salpyrin bei Beschwerden 288.

Menthol bei Odontalgie 245, Pruritus 305.

Mentholvasogen bei juckenden Dermatosen 43.

Menthoxol bei Otitis media 123.

Mercolint-Schurz 230.

Methylenblau bei Ischias 261.

Methylsalicylat bei Epididymitis 57.

Milch, Uebertragung der Tuberculose durch 547.

Milchcyste der Brust 274.

Miliartuberculose der Lippen-schleimhaut 318.

Morbus Addisonii, Nebennieren-substanz 278.

— Basedowii, diätetische Behandlung 301; Blutungen 425, Hyperidrosis 432.

Morphium, Vergiftung 217.

Mundwässer bei Stomatitis mercurialis 543, 544, bei Lockerwerden der Zähne 556.

Muskelabstreifung von der Sehne des Biceps 413.

Myoma uteri und Gravidität 66.

Myositis gonorrhoeica 173.

Myxödem, Jodothylin 279.

N.

Nabel, Versorgung beim Neugeborenen 312, 451.

Nachgeburtszeit, Behandlung der 225.

Nährstoff Heyden 278.

Naftalan bei Ekzem und anderen Affectionen 10, 11, Combustio 151; Verordnungsweisen 90, 136, 237, 319, 457, 555.

Naphthol mit Naftalan 136, 137.

Natr. benzoic. bei Diphtherie 159.

— carbonic. bei Ulcus cruris 86.

— para-fluor-benz. bei Lupus 82.

— salicyl. bei Pneumonie 24; extern bei Rheumatismen 29, per klysma 222, bei Epididymitis 56; Unterbrechung der Schwangerschaft durch N. 448.

Nebennierensubstanz bei Morbus Addisonii 278 (s. auch „Atrabillin“).

Nephrektomie wegen Tuberculose 80.

Nephritis durch Vergiftung mit Sauerampfer 17, bei Variellen 435, Malaria 304,

traumatische 302; N. als Ursache von Iritis 485, von Blaublindheit 303; Nierenspaltung 433, unilaterale Nierenblutung 434 bei N.; Gelatineinjectionen 516.

Nephrolithiasis, Streichen des Ureters 304, Dionin 477, Sidonal 481, 482.

Nervendehnung bei Ischias 120.

Neuralgien, Ichthyol-Moor-schlamm 29, Aspirin 306, 447, Methylenblau 261, Jodopyrin 140, Dionin 245; Therapie der Ischias 118, Naftalan dabei 11; N. des N. Trigemini 116, N. des Facialis in Folge cariöser Zähne 261.

Neurasthenie, Arzneibehandlung 536.

Neuritis multiplex 73, diabetica differentialdiagnostisch gegen Tabes 76; tuberculöse N. 550.

Nierenblutung angioneurotischen Ursprungs 154, unilaterale bei Nephritis 434.

Nitronaphthalinirübung d. Hornhaut 50.

O.

Obstipatio, niedrige Closets 43; bei Ischias 118, Haemorrhoiden 109, 110.

Odontalgie, Behandlung 245.

Oedem des Kehlkopfes nach Jodkali 296.

Ol. Cadini mit Naftalan 137.

— camphor. bei Phthise 452.

Ol. Gaulther. bei Rheumatismen 448.

— jecor. aselli bei Phthise 502.

Oophorin bei Adipositas 279.

Ophthalmie-Raupenhaar (nodosa) 484.

Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, Behandlung 380, mit

Protargol 101, 199; Prophylaxe 104 ff., 199; verschiedene Bakterien bei O. 102 ff.
 Orexin. tannic. als Stomachicum 261.
 Orthoform bei Odontalgie 245, als Anaestheticum 475, mit Jodoform 421.
 Osteomyelitis des Radius nach Furunkel im Nacken 340.

Otitis, hydromise Watte bei O. 124; Tod im Bade durch Trommelfelldefect 124; conservative Behandlung der O. med. purul. chron. 121, Xeroform dabei 124.

Oxycampher (Oxaphor) bei Dyspnoë 388, 390.

Ozaena s. Rhinitis.

P.

Panaritten, Alkoholverbände 92, Salbenverband 554, Seifen-spiritus 419, Protargol 101; Diphtheriebacillen in 160.

Paralysen; interessante Radialis-lähmung 348, isolirte P. eines M. triceps brachii 349, des N. suprascapularis 438, Lähmung des Detrusor vesicae 351; Poliomyelitis ant. acuta adultorum 437; secundäre Contractur bei Hemiplegie 441.

Paralysis agitans infolge Traumas 169.

Parametritis, Ichthyol 150.

Paraplaste, Anwendung 40.

Parotitis, nach Jodkali 297.

Pemphigus, Naftalan 164; P. im Magen 262; Uebertragung durch Hebeammen 184; P. acutus malign. neonatorum 262, malignus foliaceus der Neugeborenen 538.

Pepsin bei Magendarmkatarrhen der Säuglinge 259.

Perforation des Trommelfelles 124.

Periostitis alveolaris, Jodvasogen 42.

Peritonitis tuberculosa, operative Behandlung 186, 232.

Perityphlitis traumatica 441, 442.

Perniones, Naftalan 11, Jodipin 134, Vasogen. spiss. 138.

Pertussin bei Keuchhusten 497.

Pertussis, Bromoform 126, Antitussin 351, Phenocoll 352, Heroin 496, Pertussin 497.

Perucognac bei Tuberculose 368.

Petroleum, Vergiftung 216.

Petrosulfol bei Frauenkrankheiten 150.

Phenacetin bei Facialisneuralgien 262; Taubheit nach Missbrauch 299.

Phenocoll. hydrochloric. bei Pertussis 352.

Phlegmone, Alkoholverbände 92, Salbenverband 554, Seifen-spiritus 419; P. der Orbita bei Influenza 106, gonorrhoea 214.

Phthisis s. Tuberculose.

XVIII

Pityriasis capitis, Chrysarobin 49, 163.

— versicolor, Resorcinspiritus 10, 12.

Pix liq. mit Naftalan 136.

Plasmon 320, 549.

Pleuritis, Naftalan 10, Aspirin 447, Dionin 475, Salivation therapeutische 24; P. gonorrhoeica 252; Pneumokokken-Empyem 25; Gangrän der Hand durch Embolie 24.

Pneumokokken bei Ophthalmoblennorrhoe 103, 104, Orbitalphlegmone 106, Prostataabscess 256.

Pneumonie, kurzdauernde 396, erysipelatöse 25, -Empyeme 25; Behandlung nach Eichhorst 395, Salicyl 24, Dionin 475.

Pneumothorax bei Gesunden 127, tuberculöser 549.

Poliomyelitis anter. acuta adultorum 437.

Polymastie, Fall 449.

Polypen des Darmes 184.

Primula obconica, Iritis durch 379.

Protargol bei der Credé'schen Methode 54, 104, 198, bei Augenentzündungen 101, zur Prophylaxe der Gonorrhoe

178, 213, Abortivbehandlung derselben 390, Blennorrhoea vulvo-vaginal. infant. 54, Wunden und Geschwüren 100, Ekzem 164; intern 139.

Prurigo, Epicarin 498.

Pruritus ani, Salbe 305.

— cutaneus, Naftalan 12, 136, Behandlung nach Besnier 305.

Pseudarthrose nach Fractura subtrochanterica 15.

Pseudoparalysis heredosyphilitica 264.

Psoriasis, Naftalan 10, 12, 136, Vasogen. spiss. 138, Chrysarobin 130, Eugallol 352, Resorcineur 28, Pyrogallol 136, Salicylspritus 128, Jodkali 26; P. und Diabetes 354.

Psychosen und Narkose 247.

Puerperalfieber, Ung. Credé 541.

Punction der Lunge zum Nachweis von Tuberkelbacillen 405.

Purpura, Fall von Henoch'scher 517.

Pyramidon bei Fieber der Phthisiker 231, 270.

Pyrogallol mit Naftalan 136.



Quecksilber, Massage mittelst 41, bei scrophulösen Affectionen

483, Vergiftungen 491, 492 (s. auch „Hydrarg.“).

R.

Raupenhaar-Ophthalmie 484.
Resorbinquecksilber bei Syphilis 363.

Resorcin bei Ekzem 9, Psoriasis 28, Akne 244, Ephelides 486, 487, Alopecie 468, Pruritus ani 305; mit Naftalan 91.

Resorcinsalicylschwefelseife bei Akne 243.

Retinitis, Blindheit bei 303.

Rhachitis und Narkose 147; Sanguinal 471.

Rheumatismen nach Traumen 29, 219, 221, in den Wirbeln 185; Gelenkrh. beim Säugling 305, gonorrhoeischer 307; Aspirin 222, 306, 446, 447, Ichthyol 306, Ichthyolmoorschlamm 29, Gaultheriaöl 448, Salicyl äusserlich 29, per klyasma 222, Dionin 475,

Jodopyrin 140, Citrophen 222, Naftalan 10, 11, 12 bei Rh.; Aspirin bei rheumatischen Augenentzündungen 5, Protargol bei gonorrhoeischen Rh. 139.

Rhinitis fibrinosa und Diphtherie 161, 354; Kreosot 64, permanente Tamponade 64, Guajasanol 271, Formalin 354 bei Ozaena.

Rhus toxicodendron, Dermatitis durch 523.

Röntgenstrahlen zum Nachweis eines isolierten Bruchs des Kahnbeins 13, zur Behandlung von Lupus und Hautaffektionen 368, bei blennorrhoeischer Handgelenkentzündung 390.

Ruptur der Niere 202.

S.

Salbenmullverband bei Hautkatarrhen am Auge 3, Wunden 554.

Salipyrin bei Epididymitis 56, Gebärmutterblutungen 287.

Salvation, therapeutisch bei Pleuritis 24.

Salol als Bandwurmmittel 344.

Salophen bei Rheumatismen 222.

Sana und Tuberkelbacillen 549.

Sanguinal bei Anaemie 470, Neurasthenie 537.

Santonin, Vergiftung 18.

Sapo unguinosus bei Lupus 188.

Sapodermin bei Syphilis 363.

Sarkom auf traumatischer Basis 273, der Mammahaut 551.

Sauerampfer, Intoxication 17.

Scabies, Naftalan 12, 91, Epicarin 498.

Scarlatina, Lähmung des Detrusor vesicae nach 351.

Schilddrüsenbehandlung bei Adipositas, multipler Sklerose, Diabetes, Myxödem 279, 280; Arsen bei Sch. 43, Vergiftung durch 219.

Schlangenbiss, Kal. permang.
414.

Schmink-Pulver, -wässer, -sal-
ben bei Ephelides 487.

Schwangerschaft, Geburt, Wo-
chenbett. Myom und Gra-
vidität 66, Laryngitis und
Gravidität 71, Vaccination
während Gravidität 539,
Aetiologie der Tubenschwan-
gerschaft 539, perforirte Ex-
trauterinigravidität 295, Hy-
peremesis gravidarum 539,
Vagitus uterinus 359, Reten-
tion eines abgestorbenen Fö-
tus 309, Unterbrechung der
Schwangerschaft durch Natr.
salicyl. 448, Tinct. Jodi 540,
Tumoren als Geburtshinder-
nisse 66, Schädelverletzung
bei engem Becken 356, Haut-
emphysem während der Ge-
burt 312, Geburtsverletzun-
gen des Introitus vaginae
540, Chloroform bei Wehen-
schwäche 311, Calomel als
Antisepticum 332, Gesichts-
lagen 223, Stirnlagen 224,
Forceps in mortua 360, Be-
handlung der Nachgeburts-
zeit 225, puerperale Epile-
psie 526, 541, Sepsis 541;
Nabelversorgung 312, 451.

Schwefelcampherperubalsam-
seife bei Akne 242.

Sklerose, multiple, bei Tuber-
culose 271; Jodothyris 279.

Scrophuloderma, Protargol 164,
Tuberculinseife 190.

Scrophulose, Tabakinfus 452,
Sanguinal 471, Eisensoma-

tose 505; Therapie der scro-
phulösen Augentzündun-
gen 483.

Seifenbehandlung bei Acne vul-
garis 242.

Sidonal 414, 481, 482.

Sonde intra-utérine dilatatrice,
Verbesserung der 449.

Somatose 505.

Spickmethode bei Lupus 317.

Spirit. camphor. bei Bandwurm
344.

— saponat. zur Desinfection
417, 515.

Spiritusverbände bei Psoriasis
128.

Spondylitis traumatica 167, ty-
phosa 190, 275.

Status thymicus und Narkose
147.

Stirnlagen bei der Geburt 224.

Stomatitis mercurialis, am wei-
chen Gaumen 132, Behand-
lung 542, 543.

Streptokokken-Polyarthrititis bei
Erysipel 13.

Struma, Naftalan 12, Jodvasogen
42, Schilddrüsenbehandlung
43; St., Emphysem und
Pneumothorax 127.

Stypticin bei Gebärmutterblut-
ungen 154.

Sublimat s. Hydrarg.

Sublimatseife bei Akne 242.

Sulfur. loti mit Naftalan 91.

— praecip. bei Alopecie 468,
Impetigo 536, Warzen 553.

Synovitis 12.

Syphilis cerebrospinal. und Tabes, Differentialdiagnose 75; Primäraffecte an den Tonsillen 228, am Gesicht 228, beim Kinde 227; S. hereditaria tarda 315; Pseudoparalysis heredosyphilitica 264; Fieber bei S. 130, Alopecie 468, Iritis 485, Hautgummen 313, multiple Keloide 313, tertiäre Tumoren 132, Lichen 364, S. der Aorta 265, S. des weichen Gaumens und

Stomatitis mercur. 132, Menière'scher Symptomencomplex 313; Euphrophen bei Ulcus durum 364, Protargol bei Ekzem 102; Jodvasogen 42, Jodipin 133, 544, Sapo-dermin 363, Sanguinal 471, Resorbinquecksilber 363, Merciolinschurz 230, 546, Inhalation von Hg 266; Idiosynkrasie gegen Hg 360, 362, gegen specif. Behandlung refractäre Fälle 314.

T.

Tabakinfus bei Phthise und Scrophulose 452.

Tabes und Traumen 72, Differentialdiagnose 73; Protargol 140, Dionin 475.

Tabo-Paralyse und Tabes, Differentialdiagnose 74.

Taenien, Thymol 58, Extr. filic. mar. 58 (s. auch „Helminthiasis“).

Tailen-Suspensorium 178.

Tamponade, permanente bei Ozaena 64.

Tannopin bei Magendarmkatarthen 19, 393.

Taschensterilisirapparat 419.

Thermophorcompressen 375.

Thiosinaminseife 375.

Thymol bei Taenien 58.

Thyreoidin s. Schilddrüsenbehandlung.

Thyreoidismus, Arsen gegen 43.

Tinct. benz. bei Alopecie 468.

— Jodi bei Fissura linguae 206, als Mundwasser 556, zum künstlichen Abort 540.

— Strophant., prophylaktisch bei Chloroformnarkose 283.

Toril, sein Werth 277.

Trachom, Ichthyol 483 (s. auch „Augenentzündungen“).

Transpelliculare Behandlung 458.

Traumen, Folgen von. Rheumatische Gelenkerkrankungen 29, 219, 221, willkürliche Luxation des Knies 335, Exostosen 235, Tumoren 551, Paralysen 348, 349, 438, Tabes 72, Meningitis basilaris 113, Gehirnhaut-tuberculose 77, Ulcus ventriculi 30 ff., Perityphlitis 441, 442, Nephritis 302, Albuminurie 413, Diabetes 385.

Trichobezoar im Magen 292.

Trichophytie, Eugallol 353.

Tubenschwangerschaft durch Gonorrhoe 539.

Tuberculinprobe als Schutz gegen Uebertragung von Tuberculose 548.

Tuberculinseife bei Lupus 187.

Tuberculosis verrucosa cutis 402, tuberculöse Ulcera cruris 233, Miliartuberculose der Lippen 318, tuberculöse Meningitis 77, 366, Neuritis 550, Peritonitis 186, 232, Nephritis 80, 398, Pneumothorax 549, multiple Sklerose und T. 271, T. des Nebenhodens 366, der Iris 485, der Bindehaut und Cornea, geheilt durch Erysipel 426; Alkohol bei localer T. 403, Kreosotvasogen bei T. der Lungen und des Larynx 42, Jodoformvasogen bei tuberculösen Drüsen und Fisteln 42; Formalinalkohol gegen Hyperidrosis 216, 431, Heuser'sches Mittel dagegen 432, Pyramidon und Citrophren gegen das Fieber der Phthisiker 231; Pyramidon, Duotal, Heroin 269, 270, Dionin 267, 475, 477, Hetol 453, Ol. camphor. 452, Ichthyol 369, Ichthoform 370, Leberthraninjectionen 502,

Perucognac 386, Tabakinfus 452, Igazol 503, Guajasanol 370 gegen Phthise; Diazo-reaction bei Phthise 499; Uebertragbarkeit der T. durch den Ba t 234, Bücher 370, Milch und deren Producte 547, Circumcision 454; Tuberkelbacillen in Faeces 83, Nachweis derselben durch Punction der Lungen 105. — S. auch „Lupus“.

Tumoren als Geburtshindernisse 66, Myom und Gravidität 66, Carcinoma uteri und Ichthyol 550, Wachsthum des Uteruscarcinoms 550, Carcinome der Wirbelsäule 271, der Prostata 273, der Kopfhaut 551, Arsen bei Carcinom 407, Hautsarkom an der Mamma 551, Milchcyste der Brust 274, Sarkome nach Traumen 273, Exostosen durch Unfall 235, Knochenneubildungen in Muskeln 551, Formalin bei epithelialen T. 234, Warzen 234, 552, Ichthyolcollodium bei Gefäßmälern 409, adenoide Vegetationen und Influenza 235, Polypen des Darmes und Anaemie 184.

Typhus abdomin. Spondylitis 190, 275, Meningitis 191, Poliomyelitis 437 dabei; Gruber-Widal'sche Reaction 274.

U.

Ueberanstrengung des Auges, Atrabillin 2.
Ulcus cruris. Naftalan 10, 12,

Formaldehyd 85, Natr. carb. 86, Creolin 100, Protargol 100, Crurin 370, 371, me-

chanische Behandlung 83,
solche mit heissem Wasser
371; tuberculöses U. 233.

Ulcus durum s. Syphilis.

— melie u. Menstrualblut 135;
Euphen 364.

— ventriculi und Stenosis des
Magens nach Trauma 30,
32, 33; Therapie des U. u.
seiner Folgen 34, Protargol
139, Diouin 244, 475, Chloro-
form 508.

Unguent. ciner. bei gonorr-
hoischen Gelenkaffectionen
529.

— Credé bei Sepsis puerperalis
541.

Urotropin, Bakteriurie 6.

Urticaria, chronische der Schleim-
haut der Halsorgane 86, pig-
mentosa 88, recidiva mit
acuten Schüben 372.

V.

Vaccination und Ekzem 522,
während Schwangerschaft
539, Impferkrankungen des
Auges 378; Lymphbläser
42.

Vagitus uterinus, Fall 359.

Vaporisation, Technik der 421.

Varicellen und Nephritis 435.

Vasogen. spiss., Anwendung
137.

Vegetationen, adenoide und
Halslymphome 90; Ver-
schwinden nach Influenza
235.

Verrucae in Folge Saugens 234;
Arten von V. und deren Be-
handlung 552; Formalin
234.

Vesicator, moderner 412.

Vulvovaginitis, Protargol 54.

W.

Wehenschwäche, Chloroform
311.

Wunden, Alkoholverbände 92,
Salbenverband 554, primäre

Wunddesinfection 98, Creo-
lin 100, Protargol 100, Ca-
lomel 332, Xeroform 333,
Hydrogen. peroxyd. 419.

X.

Xeroform bei Frühlingskatarrh
2, Otitis media 124, Wun-

den 333, in der Zahnheil-
kunde 137.

Z.

Zähne, Lockerwerden der 556,
Caries 261; Zahnseifen
543.

Zinc. oxyd. mit Naftalan 136;
bei Lichen 138, Pruritus 305,
Ephelides 486, Impetigo con-
tagiosa 536.

Zinc. sozodolic. bei Otitis media
122.

Zinkichthyl- und Zinkqueck-
silbersalbenmull bei Augen-
entzündungen 4, 5.

Zündhütchen-Verletzung des
Auges 528.

Bücherschau.

Auvard, 100 illustrierte Fälle
aus der Frauenpraxis 96.

Becker, Einführung in die
Psychiatrie 46.

Bendix, Lehrbuch der Kinder-
heilkunde 94.

Boas, Diagnostik und Therapie
der Darmkrankheiten 94.

Bonne, Die Alkoholfrage in
ihrer Bedeutung für die ärzt-
liche Praxis 328.

Bornträger, Diätvorschriften
143.

Burwinkel, Aerztlich-Therap.
Taschenbuch 327.

Cohn, Täfelchen zur Prüfung
des feinen Farbensinnes 327.

Croner, Grundriss der moder-
nen Therapie 45.

David, Grundriss der ortho-
päischen Chirurgie 559.

Drasche, Bibliothek der
medic. Wissenschaften 46,
143, 327, 558.

Dürck, Atlas und Grundriss
der speciellen patholog. Hi-
stologie 414.

Ebstein-Schwalbe, Hand-
buch der prakt. Medicin 95,
460, 559.

Eulenburg, Realencyclopädie
46, 240, 462.

Eulenburg-Samuel, Lehr-
buch d. Allgem. Therapie 141.

Fürstner, Wie ist die Für-
sorge für Gemüthsranke
von Aerzten und Laien zu
fördern? 144.

Glax, Lehrbuch der Balneo-
therapie 326.

Goldscheider, Anleitung
zur Uebungsbehandlung bei
Ataxie 47.

Golebiewski, Atlas u. Grund-
riss der Unfallheilkunde 325.

Grätzer, 6 Jahre Casuistik
47, 142.

Grolmann, v., Aerztl. Jahr-
buch 325.

Haab, Atlas der ophthalmo-
skopischen Diagnostik 560.

Hesse, 7066 Todesfälle der
Basler Lebensversicherungs-
Gesellschaft 142.

- Hoffa, Atlas und Grundriss der Verbandslehre 414.
- Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde 462.
- Jacob, Atlas des gesunden und kranken Nervensystems 325.
- Kerschbaumer, Die Malaria 463.
- Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Nervenpathologie 95.
- Krücke, Allgemeine Chirurgie 416.
- Landau, Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen am weiblichen Sexualapparat 142.
- Lehmann'sche Atlanten 325, 414, 560.
- Liebe, Alkohol und Tuberculose 328.
- Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen 326.
- Liebreich, Encyclopädie der Therapie 94, 512.
- Mahler, Therap. Lexicon 96.
- Medicinalkalender 47, 143, 240, 324.
- Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten 324.
- Monti, Kinderheilkunde 142, 326.
- Müller, Uebersichtstafeln zur Krankenpflege 327.
- Nothafft, v., Taschenbuch für Dermatologen und Urologen 328.
- Oppenheim, Nervenleiden und Erziehung 144.
- Parreidt, Zahnheilkunde 416.
- Presch, Therapeut. Taschenbuch für physiatrische Aerzte 43.
- Rapmund-Dietrich, Aerztl. Rechts- u. Gesetzeskunde 48.
- Reinke, Kurzes Lehrbuch der Anatomie 141.
- Rotter, Der Nothhelfer in plötzlichen Unglücksfällen 327.
- Typische Operationen 560.
- Sachs, Die Kohlenoxydgasvergiftung 512.
- Schilling, Compendium der diätetischen u. physikalischen Heilmethoden 324.
- Schmidt, Donat, Lamhofer, Friedheim, Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 328.
- Schneidemühl, Die animalischen Nahrungsmittel 463.
- Schwalbe, Jahrbuch der prakt. Medicin 558.
- Shibata, Geburtshülfliche Taschenphantome 144.
- Villaret, Handwörterbuch der gesammten Medicin 46, 461, 558.
- Volland, Die Lungenschwindsucht 48.
- Werler, Das lösliche metallische Quecksilber 144.
- Weygandt, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins 144.
- Winkler, Neue Heilmittel und Heilverfahren 44.
- Ziemssen, Ethik des Arztes als medicin. Lehrgegenstand 144.

Namen - Verzeichniss.

A.

Abegg 154.
Ackermann 116.
Ahlfeld 451, 515.
Ahlström 390.
Albers-Schönberg 368.
Albert 366.
Alexander 452.
Alexandrow 345.
Almkvist 214.
Amabilis 243.
Amaral 174.
Ammon v. 102.
Andry 344.
Angerer 403.
Arlt v. 519.
Aronsohn 18.
Artaud 25.
Aue 481.
Auerbach 340.
Avellis 70, 296.
Axenfeld 106.

B.

Baeck 426.
Bähr 15.
Baginsky 124, 125,
538.

Bardet 421, 475.
Barjou 25.
Barthélemy 315.
Bastian 200.
Batsch 346.
Bauermeister 201.
Benas 449.
Benckiser 66.
Bender 252.
Berger 532.
Bergmann 99, 282,
494.
Berliner 243.
Berndt 145.
Bernhardt 348.
Besser 344.
Bettmann 57.
Beuthner 287.
Biedert 163.
Bietti 106.
Biermer 194.
Binswanger 524.
Blaschko 229, 390.
Bleuler 253.
Bloch 262, 534.
Blumenthal 414, 481.
Boas 36, 108.
Bock 2, 508.

Bofinger 419.
Bollinger 257.
Bornikoel 475.
Bosse 202.
Bouvy 54.
Brackmann 388.
Bramwell 219.
Brandenburg 528.
Bremer 277.
Broese 173.
Bronner 354.
Brosin 184.
Bruck 64, 290, 292.
Brunner 86.
Bruns v. 420.
Buchner 403.
Bum 429.
Buol 78.
Burghart 278.
Burwinkel 392.
Buschbeck 206.

C.

Cardite 252.
Caro 130.
Carrière 305.
Castillo 531.
Cerný 407.

Cervello 503.
 Chareot 509.
 Chauveau 235.
 Chiari 185, 355.
 Cipriani 85.
 Citron 216.
 Coffin 508.
 Cohn 215.
 Coste 427.
 Cramer 104, 105.
 Créde 542.
 Cremer 522.
 Cros 174.
 Crouch 248.
 Curschmann 274.
 Czempin 282.
 Czerny 37.

D.

Daniel 234.
 Danziger 124.
 Dauchez 245.
 Decroly 550.
 Delpech 52.
 Derenberg 296.
 Doldris 449.
 Dommer 375.
 Dornblüth 536.
 Dowel 128.
 Dührssen 421, 550.
 Dunbar 420.

E.

Eberson 183.
 Ebstein 33.
 Edinger 131.

Edlefsen 306.
 Egis 228.
 Eichenberg 211.
 Eichhoff 242.
 Eichhorst 17, 173,
 395.
 Einhorn 34, 270.
 Einthoven 194.
 Elder 470.
 Elschner 91.
 Elschnig 105.
 Emmert 101.
 Engelmann 54.
 Epstein 355, 361.
 Erb 509.
 Erben 492.
 Eulenburg 118, 467.
 Eversbusch 105.
 Ewald 37, 43, 183,
 413, 453, 481.

F.

Fabry 402.
 Fedorowitsch 202.
 Feer 126.
 Feilchenfeld 283.
 Ferberg 526.
 Ferrari 64.
 Fichtner 275.
 Fiertz 126.
 Fink 137.
 Fischer 497.
 Flastan 37.
 Flatau 252.
 Flechsig 524.
 Flesch 531.
 Floret 100, 164.

Flügge 420.
 Förster 516.
 Fournier 173, 314.
 Fränkel 21, 131, 509.
 Frank 50, 178, 521.
 Frensdorf 491.
 Freudenthal 201.
 Freudweiler 518.
 Freund 105.
 Frickenhaus 9.
 Friedberg 10.
 Frieser 222.
 Fröhlich 19.
 Fürbringer 442, 515,
 516.
 Fuerst 532.
 Funk 81.

G.

Galli-Valerio 344.
 Gauguillet 60.
 Geigel 441.
 Gendre Le 298.
 Gerhardt 36, 303.
 Gernsheim 163.
 Gerson 417.
 Gessner 468.
 Giraudeau 24, 253.
 Glitsch 539.
 Görges 556.
 Görl 351.
 Goldmann 497.
 Goldscheider 482.
 Goldschmidt 352.
 Goldstücker 517.
 Gottschalk 507.
 Gowers 351.

XXVIII

Gräser 58.
 Grätzer 497.
 Grassberger 256.
 Grawitz 58, 447,
 471.
 Greenbaum 261.
 Groenouw 106.
 Grüneberg 272, 352.
 Grünfeld 10.
 Grünwald 505.
 Grunwald 13.
 Guelliot 298.
 Guépin 412.
 Guillon 256.
 Guleke 299.
 Gumpertz 349, 437.
 Gumprecht 199.
 Gurlt 246.
 Gutmann 152, 196.
 Guttman 381.

H.

Habermann 306.
 Haenel 435.
 Haertel 359.
 Hahn 368, 551.
 Hanke 50.
 Hauschka v. 278.
 Hebra 63, 375, 486.
 Heddaeus 483.
 Heermann 83.
 Hegar 359.
 Heim 244, 292, 351.
 Heimann 235.
 Heinsheimer 541.
 Heller 265.
 Henkel 366, 405.

Henoch 435, 517.
 Herrmann 356.
 Herz 423.
 Heubner 257.
 Heusler 246.
 Heuss 41, 50, 82.
 Heymann 7, 151.
 Hilbert 379.
 Hintner 496.
 Hirschberg 250.
 Hirschfeld 216, 431.
 Hirschkron 29.
 Hirschlaß 364.
 His 275.
 Hochsinger 264, 425.
 Hock 519.
 Hodara 49, 130,
 163.
 Hofbauer 434.
 Hoffmann 438.
 Hofmann 359.
 Hofmeier 67, 225.
 Homberger 492.
 Hoppe-Seyler 382.
 Hue 295.
 Huismanns 113.
 Hunter 470.
 Hurwitz 448.

I.

Immerwahr 523.
 Israel 433.

J.

Jacksch v. 185.
 Jessen 90.
 Jessner 485, 552.

Jonas 248.
 Jordan 546.
 Joseph 371.
 Jürgens 200.
 Jürgensen 436.
 Junkers 140.

K.

Kakuschkin 311.
 Kalischer 73.
 Kaposi 498.
 Karewski 179.
 Kassowitz 436.
 Kaufmann 61, 530.
 Kanpe 157.
 Kempner 548.
 Kern 200.
 Kétly 222, 231.
 Kindler 371.
 Kionka 51.
 Kirch 19.
 Kirmisson 274.
 Klein 329.
 Klemperer 154, 261,
 287, 304, 375, 405
 508.
 Klingmüller 544.
 Klink 219.
 Kluk-Kluszycki 253.
 Knopf 124.
 Koblanek 281.
 Kocher 60.
 Köbner 135, 229,
 543.
 König 303, 307,
 390.
 Königstein 1.

Könitzer 190, 275.
 Kohan 13.
 Kohlhaas 432.
 Kohnstamm 432.
 Kopf 522.
 Kopp 178, 213.
 Kossmann 513.
 Kothe 523.
 Krafft-Ebing 169,
 346.
 Kranefuss 235.
 Krause 172, 201,
 489.
 Krönig 105, 227.
 Krönlein 30, 80.
 Kropil 496.
 Krzystalowicz 315.
 Kummell 167 ff., 543.
 Kuhnt 426.
 Kundra 147.
 Kutner 266.

L.

Lahmer 426.
 Lamhofer 380.
 Landerer 453.
 Landois 150.
 Lange 179.
 Lannois 271.
 Lanz 301, 542.
 Laquer 105.
 Lassar 468.
 Lau 128.
 Laudenhimer 52, 53.
 Lazarus 174.
 Lederer 63.
 Lefrançois 106.

Lehmann 447.
 Leichtenstern 58, 463.
 Leick 333.
 Leistikow 137.
 Leopold 206.
 Leser 127.
 Lesser 362.
 Leube v. 24.
 Levin 132.
 Levy 452.
 Lewin 218.
 Lewison 127.
 Leyden v. 218, 481.
 Liebermeister 127.
 Linow 164.
 Lissauer 335.
 Loeb 178, 214.
 Löwald 313.
 Lorenz 16.
 Lucae 125.
 Lumpère 233.

M.

Mabille 43.
 Maguire 305.
 Mandl 217.
 Marchant 15.
 Martin 312.
 Meinert 206.
 Mendel 72.
 Mendelsohn 200.
 Mensinga 213.
 Merz 86.
 Mesnil du 222, 262.
 Meyer 300, 388, 481,
 482.
 Meyhöfer 250.

Michaelis 499.
 Michel v. 484.
 Mikulicz v. 37, 168,
 417, 515, 516, 543.
 Mirabeau 175.
 Mock 92.
 Möbius 200, 301.
 Morf 161.
 Moty 392.
 Müller 29, 242.
 Musgrove 343.
 Muthmann 484.

N.

Nachod 186, 354.
 Naecke 525.
 Naegeli 120.
 Nagelschmidt 354.
 Narath 63.
 Naunyn 382, 385.
 Neisser 173.
 Neitzke 97.
 Neumann 385, 454.
 Neumayer 390.
 Neustadt 403.
 Neustube 539.
 Nicolaier 199.
 Niessen 388.
 Nobl 318.
 Nonne 271.
 Nordmann 148.
 Nothnagel 509.
 Nürnberger 174.

O.

Oberst 169.
 Oehler 554.

Oehlschläger 540.
Oesterreich 199.
Oppenheim 351.
Oppenheimer 527.
Ostertag 548.
Ostrowski 352.
Overlach 393.

P.

Paldrock 529.
Paltan 147, 256,
402.
Paradies 428.
Pariot 271.
Pariser 34.
Paschkis 90, 136, 237,
319, 457, 555.
Passow 388.
Paulus 78.
Peters 465.
Petersen 135.
Petrasko 151.
Petzold 551.
Pfeiffenberger 498.
Pfuhl 299.
Philippson 82.
Pick 543.
Piltz 221.
Pincus 151.
Piotrowski 198.
Plaut 377.
Plonski 313, 468.
Poljakoff 154.
Pollak 269.
Popescul 541.
Popoff 425.

Porges 212.
Positzky v. 330.
Prausnitz 330.
Pröbsting 250.

Q.

Quincke 190, 275.

R.

Rabinowitsch 547.
Rabow 392.
Radestock 133.
Raphaël 18.
Reichard 519.
Reichmann 57.
Reichsperg 470.
Reizenstein 33.
Rendu 7.
Richet 525.
Richter 359.
Riedel 165, 200.
Riegel 34, 193.
Riegler 158.
Rille 25.
Rindfleisch v. 41.
Ris 63.
Robinson 338.
Röder 313.
Röger 479.
Rölig 306.
Rohleder 11.
Rohn 477.
Rommel 330.
Róna 174.
Rosenbach 410.
Rosenberg 297.

Rosenblatt 83.
Rosenheim 40.
Rosenstein 66.
Roth 372.
Rottenbiller v. 448.
Rubinstein 98, 132,
234.
Rudolph 14.
Ruhemann 139, 446.
Rumpel 168.
Runkel 496.
Ruprecht 557.

S.

Saalfeld 364.
Sabouraud 243.
Sack 363.
Saemisch 484.
Salisch 78.
Salzmann 476.
Salzwedel 91, 403.
Sarwey 515.
Savage 247.
Schäfer 370.
Schäffer 77, 106.
Scharlieb 248.
Schatz 105, 224.
Schede 159.
Scheffelaar-Klots 312.
Schüller 173.
Schirmer 378.
Schlager 482.
Schleich 176, 515.
Schlesinger 549.
Schloemicher 24.
Schlösser 105.

Sehmey 368.
 Schmiedeberg 299.
 Schmidt-Rimpler 105.
 Schmolek 228.
 Schneider 245.
 Schönborn 294.
 Schole 430.
 Scholtz 536.
 Schopf 292.
 Schottmüller 441.
 Schoull 234.
 Schreiber 218, 257,
 294.
 Schüller 466.
 Schütze 289.
 Schulte 107.
 Schulz 167, 359.
 Schulze 362.
 Schuster 467.
 Schwalbe 518.
 Schwarz 345.
 Schwimmer 253.
 Schrwald 505.
 Seitz 160, 219.
 Sellner 254.
 Senator 387, 432.
 Bersild 241.
 Shorno 192.
 Silberstein 363.
 Sillex 194.
 Silk 248.
 Simonds 288.
 Sippel 148.
 Smaniotto 355.
 Somers 124.
 Spiegelhauer 391.
 Stadelmann 52.

Stako 124.
 Starck v. 88.
 Stark 360.
 Steiner 370, 396.
 Steinthal 43.
 Stern 302.
 Stetter 121.
 Sticker 40.
 Stoicescu 253.
 Strasser 156.
 Strauss 394.
 Stroganow 135.
 Suchanek 42.
 Swarsensky 413.
 Swinburne 251.
 Symonds 162.
 Szabo 540.
 Szebvassy 414.

T.

Thayer 304.
 Theden 348.
 Theilhaber 186.
 Theopold 332.
 Thiem 32, 221,
 413.
 Thomas 253.
 Thomson 58.
 Tietze 551.
 Timmermann 540.
 Tittel 393.
 Toff 449.
 Toulouse 525.
 Trautmann 297.
 Truneček 407.
 Trzebiecki 116.

Tschernow 17.
 Tulinow 227.
 Tyrell 247.

U.

Uhthoff 105.
 Unna 3, 27, 41, 187,
 315, 321, 375,
 409, 458.

V.

Vehmeyer 44.
 Veit 252.
 Vierordt 25.
 Villar 298.
 Vinay 539.
 Virchow 320.
 Vogel 419.
 Voigt 42.
 Voit 9.
 Volkmann 342.
 Vollbrecht 515.
 Vollmer 164.

W.

Wagenmann 200.
 Wagner 30.
 Walker 180.
 Wanitschek 146.
 Warburg 6.
 Wassermann 178.
 Weber 509.
 Wegele 34.
 Weidenhammer 530.
 Welander 390, 546.

XXXII

Wentscher 207.	Witthauer 285.	Z.
Werler 55.	Wolf 99.	Zain 291.
Wichert 223.	Wolff 273, 338.	Zanisch 267.
Wiel 37.	Wolffberg 1, 5, 199,	Zehle 256.
Wiesinger 337.	519.	Zeltner 261.
Wiesner 284.	Wolters 291.	Zeuner 502.
Wilde 123.	Wossidlo 530.	Ziehen 131.
Winternitz 156, 332,	Woyer 150.	Zuppinger 112.
344.	Wunderlich 232.	Zweifel 226.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 1.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

October

IX. Jahrgang

1899.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Augenentzündungen. Atrabilin, ein *neues Nebennierenpräparat*, empfiehlt Dr. Wolffberg (Breslau). Königstein (Wien) machte 1897 auf die eigenthümlichen Wirkungen des Extract. suprarenale aufs Auge aufmerksam und stellte folgende Indicationen für das Präparat auf: 1. Functionelle Hyperämie der Conjunctiva infolge Ueberanstrengung der Augen (1—2 Tropfen beheben Schmerzen und Röthung). 2. Keratitis vascularis. 3. Frühjahrskatarrh. 4. Ermöglichung des leichteren Eindringens der Sonde in den Thränensack (Injection des Mittels in letzteren!). Nun hat aber das Mittel fast gar keine Anwendung sonst gefunden, weil es *stark reizt* und *schwer haltbar* ist. Wolffberg liess nun *aus frischen Nebennieren ein Präparat* herstellen (Leschnitzer's Mohrenapotheke, Breslau), eben das *Atrabilin* (Capsula atrabilia = Nebenniere), eine hellgelbe Flüssigkeit, mit der er in vielen hundert Fällen Versuche anstellte, die sehr günstig ausfielen. Das Mittel bedingt *energische Reizung des Sym-*

pathicus und bringt alle Symptome wie Cocain (nur nicht Anaesthesie und Mydriasis) hervor, aber viel intensiver, sodass z. B. die *Ischaemie sich selbst auf tiefer gelegene und gröbere Ciliargefäße erstreckt, auch Pannus und die im Hornhautgewebe selbst verlaufenden pathologischen Gefäße beeinflusst* werden. Die Wirkung eines Tropfens bei einem durch altes Trachom und *Pannus crassus* entstellten Auge ist verblüffend, ebenso die auf *Keratitis vascular. parenchymatosa* (in solchem Falle sah Autor 2 Minuten nach Application die Sehschärfe von $\frac{5}{50}$ auf $\frac{5}{15}$ steigen, bei fortgesetzter Anwendung das Leiden gänzlich verschwinden). Je tiefer die Ciliarinjection sitzt, desto mehr das Mittel indicirt (also auch bei *Iritis, Cyclitis etc.*). *Nie Druckerhöhung oder Beeinflussung der Accommodation!* Die schwächste wirksame Verdünnung ist die 10%ige. Bei *functioneller Hyperämie der Conjunctiva infolge von Ueberanstrengung* wendet Autor 20%ige Lösung mit grossem Erfolge an (auch der Stirnkopfschmerz schwindet meist!):

Rp. Atrabilin 2,0
Acid. boric. 0,5
Aq. dest. ad 10,0

Zu beachten ist auch der *kosmetische Effect* („müde, vom Weinen oder auch Wein geröthete Augen werden durch Atrabilin neu belebt und verjüngt“). *Bei schweren A. ist 50%ige Lösung erforderlich*; die Eigenschaft, ohne Pupillenerweiterung und Druckerhöhung stark anaemisirend zu wirken, macht das Mittel bei gewissen Fällen direct unentbehrlich.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene
des Auges, 6. VII. 1899.)

— Ueber die Behandlung des Frühjahrskatarrhs mit Xeroform schreibt Dr. E. Boeck: „Ich habe in den letzten Monaten 3 Fälle von Frühjahrskatarrh mit Xeroform-Einstäubungen behandelt und damit überraschend gute Ergebnisse erzielt, indem die *sulzigen Wucherungen im Grenzgebiete der Bindehaut und Hornhaut in auffallend rascher Weise sich verminderten*, in einem Falle bis auf zarte Flecken am Rande der Hornhaut schwanden. Die Fälle sind kurz angeführt folgende:

1. *Knabe, 14 Jahre alt*, angeblich seit 3 Jahren augenkrank. Bezüglich der Veränderungen der oberen Lider ein Schulfall. Sulzige Wucherungen ringförmig, die Hornhautebene beträchtlich überragend. Auf Einstäubungen von Xeroform (reichlich, 1 Mal täglich) nach wenigen Tagen Ver-

minderung der Beschwerden des Kranken, nach 3 Wochen Wucherungen ganz flach, trocken. Der Knabe war noch nie behandelt worden.

2. Mädchen, 16 Jahre alt, angeblich seit 1 Jahr augenkrank. Obere Lider wie in Fall 1. Wucherungen schmal, flach. Nach 3 Wochen statt der Wucherungen nur Flecke.

3. Knabe, 13 Jahre alt. Zuerst im Jahre 1898 (Sommer) krank gewesen und ärztlich behandelt worden. Bindehaut der Oberlider zeigt nur undeutliche Veränderungen, sodass die Erkennung der Krankheit nur durch die sulzigen Wucherungen möglich ist. Der Kranke hat Lichtscheu und klagt über leichtes Brennen und grosse Trockenheit der Augen. Unter Einstäubung von Xeroform schwinden die Beschwerden nach 2 Wochen vollkommen, die bereits vorhanden gewesenen Wucherungen werden ganz flach und blass, die während der Behandlung, besonders am linken Auge sich entwickelnden kommen über die Grösse einer strichförmigen Trübung des Grenzgebietes nicht viel hinaus.

(Centralblatt f. prakt. Augenheilk. 1899, Juli.)

— Ueber den Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend, complicirt mit Katarrhen des Auges schreibt P. G. Unna (Hamburg): „Eine gewisse Schwierigkeit besteht für den Dermatologen und — wie ich mich genugsam zu überzeugen Gelegenheit hatte — auch für den Ophthalmologen bei der so häufigen *Combination von Ekzem der Augenlider und angrenzenden Haut mit solchen Conjunctivitiden und Blepharitiden, welche reichliches, die Lideränder überspülendes Secret liefern*. Es entsteht dann immer ein *Circulus vitiosus*, indem das Ekzema circumorbitale Reiben und Schouern der Augengegend veranlasst und dieses wiederum zu stärkerer Hyperämie und Secretion des Conjunctivalsackes führt, die das Ekzem verschlimmern. In der poliklin. Kinderpraxis wird die Gruppe dieser Fälle noch um ein Beträchtliches vergrössert durch die *Combination von Impetigo vulgaris mit äusseren, eitrigen Ophthalmieen (Keratitis, Conjunctivitis)*. In der That wird durch keinen anderen Umstand der Hautboden des Gesichts bei Kindern für das Auftreten und Umsichgreifen der *Impetigo vulgaris* so gut präparirt, wie durch die Präexistenz oder das Hinzutreten eines derartigen Augenleidens, wobei ich die Frage anregen möchte, ob es sich in diesen häufigen Fällen überhaupt immer nur um eine zufällige Combination oder um einen ätiologischen Zusammenhang handelt, inso-

fern die Impetigo vulgaris-Kokken möglicherweise bei der Entstehung dieser Augenleiden eine wesentliche Rolle spielen. In weniger directer, aber immerhin bemerkenswerther ähnlicher Weise unterstützen sich Hautleiden und Schleimhautleiden an der letzten Ausgangspforte des Thränen-secrets, an den *Nasenlöchern*. Auch hier wird die *Haut der Oberlippe bei überreichlicher Benetzung durch das Secret der entzündeten Augen für Ekzem und Impetigo vulgaris präparirt*, falls das Secret nicht schon selbst die betreffenden Organismen an diese etwas entferntere Hautstelle verpflanzt. Die hier entstehenden Krusten zusammen mit dem sich anstauenden und eintrocknenden, schleimig-eitrigen Secret des Auges und der Nase geben wiederum zu einer Rückstauung des Conjunctivalsecrets Anlass, umso mehr, als bei der eintretenden Empfindlichkeit von Nase und Oberlippe die Mütter der Kinder sich oft scheuen, das Nasensecret in üblicher Weise zu entfernen. So macht sich auch hier, wenn auch in indirecterer Weise, ein Circulus vitiosus geltend. Während nun in nicht complicirten Fällen von Impetigo vulgaris und Ekzem die Therapie relativ einfach ist, dort das reichliche Auftragen von Pasta Zinc. sulfurata mit Reinlichkeit und Entfernung der Krusten, hier das Unguent. Resorcin. compos. abwechselnd mit Zinkpaste oder Zinkschwefelpaste und Puder zur Heilung hinreicht, liegt uns in den mit Augenkatarren complicirten Fällen zumeist die Beseitigung der letzteren ob, ohne welche die gründliche Heilung der Hautkatarrhe in der Umgebung des Auges nicht möglich ist. Ich sehe hier davon ab, welche Behandlung der Conjunctiva nach ophthalmologischen Grundsätzen in diesen Fällen erforderlich ist und beschränke mich auf einen *prakt. Fingerzeig für die dermatologische Behandlung der Augenlider resp. Lidkanten und die nächste Umgebung der Orbita*. Hier gilt es, die ekzematösen Veränderungen rasch zu beseitigen und zugleich dieselben Hautstellen vor dem Secret des Auges und bei Kindern auch vor dem reflectorischen Reiben der Lider zu bewahren. Diesen beiden Indicationen entspricht nun auf das einfachste die *feste Bedeckung der ganzen Orbita und Umgebung mit einem Salbenmull*, der so gewählt ist, dass er zugleich antiekzematös wirkt und die Entzündung der Conjunctiva günstig beeinflusst. Der Nebeneffect des Salbenmulls ist eben die starke Einfettung der Augenumgebung, womit die schädliche Einwirkung des Augensecrets aufgehoben ist. Am meisten zu empfehlen ist der Zink-

ichthysol- und der *Zinkquecksilberoxyd-Salbenmull*. Ein ganz besonderer Vorzug dieser Salbenmullbehandlung ist, dass man sie mit einer feuchten Behandlung der Lider combiniren kann. Denn der Salbenmull ist nahezu undurchgängig für Wasserdunst und wirkt demgemäss auf eine untergeschobene feuchte Compresse wie ein Stück Guttaperchapapier, ohne dessen schädliche Nebenwirkung auf die ohnehin übermässig erweichte Haut der Umgebung zu entfalten. Ich habe diese Combination — Wattebäuschchen auf den Lidern mit Bleiwasser, Chamillenwasser, Fenchelwasser, Borwasser, Burow'sche Lösung, Cocainlösung u. dgl. angefeuchtet und derartig bedeckt mit einem der genannten Salbenmulle, dass der letztere sich in der Gegend der Augenbrauen, oberen Backen- oder seitlichen Nasenparthieen der Haut fest anschmiegt — besonders in solchen Fällen schätzen gelernt, in welchen *starke Photophobie* und *erhebliche Augenschmerzen* bestanden. Diese feuchten Umschläge, bedeckt mit Salbenmull, werden *andauernder gut vertragen*, als *trockene oder fettige Augenverbände* und sind den Pat. natürlich von vornherein auch angenehmer; dass sie den einfachen feuchten Umschlägen, auch wenn diese adstringirende Mittel enthalten, bei der vorliegenden Complication durchaus überlegen sind, ist selbstverständlich. Ein wesentlicher Punkt bei dem Salbenmullverband des Auges mit oder ohne feuchte Unterlage ist sein *dichtes und festes Anlegen an der Umgebung der Orbita*. Man erreicht dasselbe am besten durch Auflegen eines grösseren trockenen Wattebausches, der durch eine Binde oder einen Zinkpflasterstreifen fest angedrückt wird und den Salbenmull in alle Falten des sehr unebenen Terrains hineindrückt. Bei ruhigen Pat. kann man nach einiger Zeit diese etwas warme Bedeckung wieder fortnehmen, ohne dass der Salbenmull seine Lage verändert.

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1899. Bd. 29. Nr. 1.)

- **Aspirin** hat jetzt Dr. Wolffberg (Breslau) auch in der *Augenpraxis statt des Natr. salicyl.* in etwa 20 Fällen (*Episcleritis, Glaukom, gonorrhoeische Iritis etc.*) angewendet. Das Mittel wurde stets ohne jede Beschwerde vertragen und *blieb nie wirkungslos*. Die mit rheumatischen Affectionen verbundenen Episcleritiden heilten bei Darreichung des Aspirin (3 Mal tägl. 1 g) schnell ab, bei anderen Augenleiden war wenigstens der *schmerzlindernde Einfluss* des Präparats ein *eclatanter*.

(Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges, 24. VIII 99.)

Bakteriurie ist bekanntlich eine Krankheit, welche durch die Anwesenheit einer grossen Bakterienmenge im frisch gelassenen Harn ausgezeichnet ist, ohne dass eine Entzündung der Harnwege oder Nieren vorliegt; die Trübung des Harns ist eben ausschliesslich durch Bakterien bedingt. Hauptsächlich waren in den bisher beobachteten Fällen (etwa 65) diese Bakterien *Sarcine* oder *Colibacillen*, vereinzelt *Staphylokokken*. Dr. F. Warburg beschreibt jetzt einen im Kölner Augustahospital beobachteten Fall, bei dem andere Bakterien eine Rolle spielten, und der von Anfang bis zu Ende verfolgt werden konnte. Ein 54 jähr. Pat. suchte im Sept. 1898 wegen einer leichten *Bronchitis* das Spital auf; an dieser Affection litt er schon früher zeitweise, im Uebrigen war er aber stets gesund, hatte nie Gonorrhoe oder ein anderes Leiden des Harn- und Geschlechtsapparats, hatte nie Diarrhöen, stets regelmässigen Stuhl. Alle Organe gesund, nur auf den Lungen hier und da schwaches Giemen (am nächsten Tage auch weg!), normale Temperatur, Urin klar und frei von patholog. Bestandtheilen. In den folgenden Tagen Pat. völlig wohl, am 5. Tage aber Abends plötzlich starker Schüttelfrost, Temp. $39,2^{\circ}$, sehr heftige Stirnkopfschmerzen. Objectiv keine Ursache für das Fieber zu eruiiren. Fieber dauert continuirlich auch am anderen Tag fort (39°). Am 2. Tage der bis dahin normale Harn bei saurer Reaction gleichmässig trübe (auch der frisch gelassene und mit Katheter entnommene); Trübung schwand weder durch Kochen, noch durch Säure- oder Alkalizusatz. Als Ursache der Trübung fand sich starker Bakteriengehalt; der kleine, stäbchenförmige Bacillus in jedem Tropfen Urin in Menge vorhanden. Am 2. Tage der Erkrankung auch noch heftige Stirnkopfschmerzen, leichtes Brennen in der Harnröhre beim Uriniren. Am 3. Tage liess das Fieber nach, um am 4. Tage völlig aufzuhören. Mit Nachlassen des Fiebers und der Kopfschmerzen verschwand aber nicht die bakterielle Trübung des Urins, auch das Allgemeinbefinden blieb schlecht, Pat. matt, sehr hinfällig, häufig Ohnmachten. Trotz 5 tägiger Anwendung hoher Dosen Salol (nach Ablauf des Fiebers begonnen) keine Abnahme der Trübung, erst als dann Pat. 2 Mal Urotropin à 0,5 genommen, war der Harn klar und blieb auch beim Stehen klar, nachdem Urotropin noch mehrere Tage gegeben war (3 Mal tägl. 0,5), wobei sich gleichzeitig das Allgemeinbefinden zusehends besserte, sodass Pat. dann bald wieder ganz hergestellt war. Bei der bakteriologischen Prü-

fung zeigte es sich, dass man es im Harn mit dem von Escherich gefundenen *Bacillus lactis aërogenes* zu thun hatte, dem normalen Bewohner des Säuglingsdarms (später auch in den Faeces Erwachsener und in der sauren Milch gefunden), der dann vielfach als Erreger von eitriger Cystitis unter verschiedenen Namen beschrieben, auch bei Pyonephrose und Pneumaturie vereinzelt entdeckt wurde. *Wie war er aber hier in den Harn gelangt?* Durch die Urethra schwerlich; denn abgesehen davon, dass er dann wohl hier eine Entzündung hervorgerufen hätte, gehört er nicht zu den Bewohnern der normalen Harnröhre und kann auch durch Unreinlichkeit nicht hierhin gelangt sein. Durch den Darm? Es ist ja vielfach ein directes Ueberwandern von Bakterien aus dem Darm in die Blase nachgewiesen worden; hier aber, wo weder die Harnwege, noch der Darm irgendwie erkrankt war, dürfte diese Annahme sehr gewagt sein. *Durch das Blut?* Das kommt wohl bei schweren Infectiouskrankheiten (Typhus, Miliartuberculose, Sepsis, Pneumonie) vor, aber auch ohne diese ist es möglich, dass vom Darm aus eine Ueberschwemmung des Blutes mit Darmbakterien stattfindet. *Ebenso möglich ist es aber hier auch, dass dieser Uebertritt nicht vom Darm, sondern von der Lunge ausging* (leichte Bronchitis vorher!), zumal viele den *Bacillus lactis* mit dem auch bei Bronchitis vorkommenden *Pneumokokkus* identificiren.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 29.)

Blutungen. Bei häufigem Nasenbluten benützt Rendu folgendes Schnupfpulver:

Rp. Antipyrin. 0,5
Acid. tannic. 1,0
Sacch. alb. ad 10,0.

(Rif. medica, Januar 1899 —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 83.)

— Ueber einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjection berichtet Privatdoc. Dr. R. Heymann (Leipzig). Bei einem 23 jährigen, aus gesunder Familie stammenden, blassen und etwas schwächlichen, sonst aber ganz normalen Mann, der an häufigem und heftigem Nasenbluten litt, fanden sich ausser Veränderungen in der Nase selbst (ausser Schwellungskatarrh noch beiderseits an der Scheidewand, etwa 1 cm hinter dem Naseneingang und ebenso hoch über dem Nasenboden ein Netzwerk kleiner erweiterter Gefässchen, das schon bei leichter Berührung

mit der Sonde blutete) noch *adenoide Vegetationen*, und da letzere oft den Anlass geben zu Circulationsstörungen und B. in der Nase, wurden sie, nachdem die blutenden Stellen in der Nase mit Chromsäure verschorft worden waren, mit dem *Kirstein'schen Ringmesser entfernt*. Die *Blutung darauf, zunächst nicht stark, liess nicht nach*, und jetzt erst erklärte der Pat., dass es bei ihm stets so stark blute, jede Zahnextraction, seine Haemorrhoiden etc. oft zu schweren B. führten, — kurz: *Pat. war ein Bluter!* Es wurden nun *die verschiedensten Mittel angewendet*, erhöhte Rückenlage mit Anwendung von Eispillen und Eisbeutel auf die Nasenwurzel, Ferropyrin, vordere Tamponade etc., *alles half nur vorübergehend*, und auch nach der hinteren Tamponade fing es nach 10 Minuten wieder zu bluten an. Da liess sich nun Autor eine 2,5%ige *neutralisirte und sterilisirte Lösung von Gelatine in physiol. Kochsalzlösung* anfertigen und auf 40° erwärmen, wovon er 140 ccm dem Pat. unter die Brusthaut spritzte. Sehr bald wurde nun die *Blutung schwächer*, hörte $\frac{3}{4}$ Stunde nach der *Injection vollständig auf und blieb für 30 Stunden ganz weg*. Als dann die Tampons entfernt wurden, fing sie wieder an; es wurden nun 240 ccm jener *Lösung injicirt*, wonach, da es aus Rachen und Nase noch blutete, auch nochmals hinten und vorn tamponirt wurde. Es sickerte diesmal nur noch ganz wenig Blut durch die Tampons. Am nächsten Tage nochmals *Injection von 160 ccm*, worauf die B. nicht mehr auftraten, die Tampons sich ohne solche lösen resp. entfernt wurden. Autor glaubt, dass die *Gelatineinjectionen viel zu diesem günstigen Verlauf beigetragen haben*. Wie sehr die *Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch diese erhöht wird*, ging schon aus dem Verhalten der Stichkanäle hervor, die beim Einspritzen entstanden. Nach der 1. *Injection blutete es so stark aus diesen*, dass es erst nach mehr als $\frac{1}{4}$ stündiger Compression möglich war, Heftpflaster aufzukleben; bei der 2. *Injection*, die mehrere cm von der 1. entfernt vorgenommen wurde, war die *Blutung schon viel schwächer*, aber man musste doch noch einige Zeit die Wunde comprimiren; nach der 3. *Injection* genügte einfaches Aufdrücken von Heftpflaster. Irgendwelche erhebliche Störungen wurden durch die *Injection nicht hervorgerufen*. Freilich entstand an der *Injectionstelle ein ziemlich starkes Spannungsgefühl*, unter *beständiger leichter Massage wurden aber selbst die grossen Flüssigkeitsmengen in 10 Minuten vollständig resorbirt*, worauf sich das Span-

nungsgefühl verlor. Nach der 3. Injection bekam Pat. vorübergehend $39,1^{\circ}$ Fieber, aber obwohl auch von anderen nach den Injectionen Temperatursteigerungen (bis 40°) beobachtet sind, ist es doch hier leicht möglich, dass das Fieber durch die Anwesenheit zersetzter Blutmassen in Nase oder Rachen bedingt wurde und nicht durch die Injection.

(Münchener medic. Wochenschrift 1893 Nr. 34.)

- Ueber einen Fall von Nierenblutung machte Voit Mittheilung: Eine 32jähr. gesunde Frau wird am 12. II. 99. von ihrem Mann, während sie stark geschnürt ist, fest an der Taille umgefasst; sie empfindet heftigen Schmerz in der linken Seite, tanzt jedoch trotzdem die ganze Nacht. Am 13. II. entleert sie blutigen Urin. Am 17. II. wird Autor zugezogen. Mittels Urethroskops wird constatirt, dass die Blutung aus dem linken Ureter stammt. Trotz der Anwendung der verschiedensten inneren Haemostatica und energischer Eisapplication dauert die Blutung ununterbrochen fort; der untere Pol der linken Niere ist deutlich zu fühlen und auf Druck schmerzhaft. Am 20. IV. tritt plötzlich Fieber bis zu $40,8^{\circ}$ auf, die Frau bekommt Schüttelfröste, der Urin wird übelriechend und alkalisch, neben Blut zeigt sich bedeutende Eiterbeimengung: Pat. wird hochgradig anämisch und zeigt Collapssymptome. Erst am 28. IV. wird die Erlaubniss zu einem operativen Eingriff gegeben und dessen Vornahme für den nächsten Tag festgesetzt. Da fällt am Abend des 28. IV. die Temperatur auf normal, die seit Februar continuirlich andauernden B. stehen plötzlich vollkommen, der Urin reagirt sauer, und auch der Eitergehalt schwindet in den nächsten Tagen gänzlich. Pat. erholt sich überraschend schnell, verlässt am 4. V. bereits das Bett und macht am 10. V. ihren 1. Spaziergang. — Da nach Verlauf und Ausgang Tuberculose, Stein und Tumor, die häufigsten Ursachen für B. die Nieren, auszuschliessen sind, so dürfte hier wohl nur einfache Nierenquetschung vorgelegen haben.

(Nürnberger medic. Gesellschaft, 4. V. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

Ekzem. Der Resorcinalkohol in der ambulatorischen Behandlung insbesondere des seborrhoischen E. des Gesichts ist nach Dr. A. C. Frickenhaus recht gut verwendbar. Man reibt solche kleinen Plaques mit in 25% igem Resorcinalkohol getauchten Wattebäuschen kräftig ein und

giebt dem Pat., wenn er erst in paar Tagen wiederkommen kann, 10% igen mit der Weisung mit, die Procedur Abends durch 3 Tage zu wiederholen. Die Plaque hat sich dann schon mit einem Schälhäutchen überzogen, welches theilweise abschilfert. Je nach dem Aussehen lässt man dann noch durch einige Abende das Mittel appliciren. Ausserdem muss Pat. jetzt Nachts die behandelten Stellen mit *Lanolin* (oder *Adeps lanae*) einfetten. Nach ca. 8 Tagen ist die Cur beendet. Man braucht mit der Procentuirung des Resorcin gar nicht ängstlich zu sein; in sehr hartnäckigen Fällen von E. des Naseneingangs wandte Autor sogar 50% igen Resorcinalkohol mit bestem Erfolge an. Auch andere Oberhautephytosen, z. B. *Pityriasis versicolor* lassen sich so behandeln. Handelt es sich um grössere Plaques in der Praxis pauperum so kann man dafür auch *Salicylspiritus* verwenden (man lässt 5 g Salicylsäure in 25—30 g Spiritus auflösen) und bei beginnender Abschilferung gleichfalls einfetten.

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1893 Bd. XXVIII Nr. 11.)

- Mit Naftalan hat Dr. Friedeberg (Magdeburg) seit 2 Jahren gearbeitet und fasst jetzt seine Erfahrungen folgendermaassen zusammen: „Recapitulirt man nun zum Schluss die Beobachtungsergebnisse, so kann man mit Sicherheit behaupten, dass Naftalan bei den in das Gebiet des E. fallenden Hauterkrankungen ein äusserst werthvolles Arzneimittel ist; das Gleiche gilt für Behandlung der Epididymitis. Werthlos dagegen ist es in der Therapie der Akne und des Gelenkrheumatismus. Endlich ist man bei Psoriasis und Ulcus cruris sowohl wie in leichteren Fällen von Pleuritis sicca und exsudativa wohl berechtigt, mit oder neben anderen älteren Medicamenten das Naftalan mit Aussicht auf günstigen Erfolg anzuwenden.“

(Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 31.)

- Auch Dr. J. Grünfeld (Wien) wandte Naftalan in zahlreichen Fällen an, besonders bei E. Es zeigte sich ihm dabei, dass wir „im Naftalan ein Specificum im besten Sinne des Wortes gegen E. jeder Art besitzen“, und dass dasselbe hier kaum je im Stich lässt. Am schnellsten und sichersten tritt die Wirkung bei jedem E., mag es acut, subacut oder chronisch sein, ein, wenn das starke oder überhaupt das Nässen aufgehört hat und die Haut sich zu schuppen oder abzuschilfern beginnt; da ist der Einfluss des Naftalans meist

wirklich überraschend, schon nach 3—4 maliger Application sichtbar. Bei stark nässendem E. rath Autor, das Mittel nicht pur anzuwenden, sondern als poröse Paste:

Rp. Naftalan. 50,0

Ung. Wilson.

Amyl. aa 25,0

F. pasta.

Damit wird stets in kürzester Zeit Heilung erzielt. Bei solchen Formen von chronischem E., bei welchen sich infolge langer Krankheitsdauer anatomische Veränderungen in den Structurverhältnissen der Haut in Form von infiltrirten starren Herden ausgebildet haben, kommt man mit Naftalan nicht immer rasch genug zum Ziel. Bei solchem E. hat Autor zumeist den torpiden Process durch Bepinseln mit 5—10%iger Lösung von Kal. kaustic. in ein Stadium leichter Entzündung übergeführt, und erzielte dann mit Naftalan rasche Heilung ohne Recidive. Bei dem schwierigen Ekzema palmare et plantare empfiehlt es sich, erst die harte Haut durch mehrmalige Application von Collem-plastr. sapon. salicyl. (20%) zur Erweichung zu bringen und dann erst Naftalan zu benutzen. Bei heftigen acuten E. werden erst kalte Umschläge von Liq. Buronii gemacht, ehe Naftalan applicirt wird. Beherzigt man diese Winke, dann wird die Naftalanbehandlung bei E. die schönsten Resultate liefern. — Auch bei anderen Affectionen sah Autor sehr gute Erfolge. So bei Herpes Zoster, wo nicht nur das Leiden selbst sehr günstig beeinflusst wurde, sondern auch die Schmerzen und Neuralgien rasch schwanden, so bei Hyperidrosis pedum mit Schrunden- und Rhagadenbildung, endlich bei Perniones. Ungemein nützlich erwies sich das Mittel bei acutem Gelenkrheumatismus, sowie bei Ischias, endlich bei der acuten gonorrhoeischen Epididymitis, wo Naftalan sofort nach der Entstehung applicirt wurde (möglichst dick auf Leinwand gestrichen, damit Scrotum umhüllt, dann mit Billrothbattist bedeckt; Suspensorium nach Langlebert, früh wie Abends Sitzbad; Bett-ruhe bis zum Aufhören des Fiebers).

(Wiener medic. Blätter 1899 Nr. 21—22.)

— Naftalan hat auch Dr. H. Rohleder (Leipzig) eingehend geprüft und fasst seine Erfahrungen in folgendem Resumé zusammen:

I. Das Naftalan ist bei den Erkrankungen der Bewegungsorgane, bei den rheumatischen und rheumatoiden

Gelenk- und Muskelerkrankungen ein gutes Unterstützungsmittel der äusserlichen Behandlung, den warmen Kataplasmen und Priessnitz'schen Einpackungen ebenbürtig, den althergebrachten Jodeinpinselungen hierbei entschieden überlegen. Die gleichzeitige innere Behandlung macht es nicht überflüssig, allein ist es nur beim Tripperrheumatismus zu verwenden.

II. Es ist in der Dermatologie beim acuten E. ein gutes Heilmittel, beim chronischen und besonders dem Gewerbeekzem jedweder Art ein vorzügliches Heilmittel, dessen Anempfehlung — besonders auch, weil es in den verschiedensten Stadien des E. verwendbar ist und dadurch die Therapie wesentlich vereinfacht — ganz und voll geschehen darf. Es ist ferner wohl mit Erfolg zu verwenden bei *Psoriasis vulgaris*, *Pruritus cutaneus*, *Scabies* (nicht unter 50 g), und den leichteren Dermatomykosen, wie *Pityriasis versicolor*. Bei *Ulcera cruris*, wo ein öfterer Wechsel des Medicaments angezeigt ist, ist Naftalan ebenfalls von befriedigender Wirkung, die noch unterstützt wird durch vorheriges dünnes Bestreuen des Ulcus mit Acid. salicyl. subtil. pulv. auf kurze Zeit (10 Minuten). Zuletzt ist es mit gutem Erfolge anzuwenden bei *Verbrennungen* und *Erfrierungen* I. und II. Grades. Hier wirkt es auch schmerzstillend. Bei den Verbrennungen III. Grades wirkt es jedoch erst, nachdem die Abstossung der Schorfe durch Eiterung beendet ist, kurz: die Anwendung des Naftalan in der Behandlung der Hautkrankheiten ist eine ziemlich vielseitige; denn es ist überall da, wo Theer anwendbar, zu versuchen. Es ist ferner auch ein reducirendes Mittel, dessen reducirende Kraft etwa der des Ichthyols und Schwefels gleichkommt, und wo diese angewendet werden, zu versuchen. Es wird in der Therapie der Hautkrankheiten, und mit Recht, seine bevorzugte Anwendung in Zukunft finden.

III. Naftalan ist ein *resorptionsbeförderndes* Mittel. Diese resorptive Kraft bewährt sich am besten bei *Epididymitis blennorrhoeica*, *Periphlebitis*, *Tendovaginitis serosa* und *Struma follicularis*. Es ist hier der Jodtinctur mindestens gleichwerthig; ferner bewährt es sich auch bei den idiopathischen Gelenkerkrankungen, hauptsächlich der *chronisch-serösen Synovitis*. Hier ist es als Massage den zwecklosen Jodtinctureinpinselungen entschieden überlegen. Eine längere Anwendung des Naftalans ist hier, soll es als Resorbens wirken, anzuempfehlen.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 7.)

Erysipel. Eine Streptokokken-Polyarthrititis im Verlaufe einer Gesichts- und Kopfrosee sah L. Kohan bei einer 27-jähr. Frau auftreten, die am 14. Tage des E. Schmerzen und Schwellungen verschiedener Gelenke bekam, wobei die Temperatur pyämischen Charakter annahm. Schliesslich stellte sich noch *grosse Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule* ein, speciell waren einzelne Wirbelkörper des Hals- und Lendentheils sehr empfindlich. *Genesung.*

(Eschenedolnik 1899 Nr. 15.
Revue der Russ. medic. Zeitschrift. 1899 Nr. 5-6.)

Fracturen und Luxationen. 2 Fälle von isolirtem subcutanem Bruch des Kahnbeins im Handgelenk, durch Röntgenstrahlen nachgewiesen, führt Dr. C. Grunwald (Frankfurt a. M.) vor. Solche Brüche einzelner Handwurzelknochen werden für selten gehalten. Diese Seltenheit beruht wohl aber zum grossen Theil auf der *schwierigen Diagnose*, welche wieder ihrerseits in der allseitig festen Lage der Knöchelchen und in der hierdurch *behinderten Ausbildung der Fractursymptome*, namentlich der *Crepitation* und *Dislocation*, begründet ist. Das ist jetzt durch Röntgen's Entdeckung anders geworden, und so hat auch Autor 2 Fälle von *Verstauchung des Handgelenks* erst längere Zeit nach Eintritt der Verletzung richtig erkannt. Im 1. Falle handelte es sich um einen 29-jähr. Mechaniker, der am 3. October 1892 von einer $1\frac{1}{2}$ m hohen Kiste herunterstürzte und auf die Fläche der vorgestreckten dorsalflectirten linken Hand fiel. Unmittelbar darauf geringer Schmerz im Handgelenk, doch so unbedeutend, dass Pat. noch 2-3 Stunden weiter arbeitete und dann erst, nachdem stärkere Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Handgelenks sich eingestellt, aufhören musste. Nach einigen Tagen nahm er die Arbeit wieder auf, jedoch konnte er in der ersten Zeit nur mit Unterbrechungen, während welcher er u. a. auch mit Gypverbänden behandelt wurde, seinem Berufe nachgehen und musste die Hand noch sehr schonen, weil sie *bei jeder Anstrengung zu schmerzen begann*. Nach Ablauf der Carenzzeit ergab die Untersuchung geringe Anschwellung des Handgelenks, hauptsächlich an der Daumenseite, Beschränkung der activen Beugefähigkeit um die Hälfte, Schmerzhaftigkeit beim passiven Weiterbeugen und verminderte Druckkraft der Hand, wodurch der Verletzte um 25% in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt erachtet wurde. Da im Laufe der nächsten Jahre die Beugung des Handgelenks

vollständig frei geworden war, wurde Juli 1896 die *Rente auf 12 1/2 0/0 herabgesetzt* und im Herbst 1897 sollte sie ganz eingestellt werden. Behufs Gutachtens fand am 15. XII. 97 die Untersuchung statt; Pat. gab an, dass er durch ungeschicktes Zugreifen öfter plötzlich so starke Schmerzen im linken Handgelenk bekomme, dass er 1/2 Stunde gar nicht arbeiten könne; in den Zwischenzeiten habe er nur über eine geringe Schwäche der Hand, sowie über zeitweise auftretende schmerzhaft empfindungen in der Gelenkverbindung des Daumens mit der Handwurzel zu klagen. Der *objective Befund durchaus negativ. Erst auf dem Röntgenbilde sah man eine das linke Kahnbein quer durchsetzende, leicht gebogene helle Bruchlinie*, welche den Knochen in 2 Theile theilte, wobei das obere, leicht deformirte Bruchstück etwas nach aussen verbogen erschien; keine wesentliche Callusbildung. Der 2. Fall (kein Unfall im Sinne des Gesetzes!) betraf einen gesunden, muskulösen, in der Mitte der Dreissiger stehenden Restaurateur, der *vor 3 1/2 Jahren ebenfalls aus 1 1/2—2 m Höhe auf die vorgestreckte rechte Hand fiel*. In der ersten Zeit nach dem Falle, dem er keine besondere Beachtung schenkte, hatte er *fast gar keine Beschwerden*, und erst allmähig fiel ihm in den nächsten Jahren auf, dass das Handgelenk bei Anstrengungen leicht schmerzte, was er auf Rheumatismus zurückführte. Jetzt spürt er noch bei Verrichtungen, die das Handgelenk sehr anstrengen (z. B. Gläser schwenken) Schmerzen. *Objectiv nichts nachweisbar. Auf dem Röntgenbilde Bruchlinie im Kahnbein mit schrägem Verlauf; keine Dislocation, keine Callusmassen.* — Also in beiden Fällen hat ein Sturz auf die vorgestreckte Hand die gleiche Verletzung bewirkt. Dass gerade das Kahnbein die Fractur ertitt, ist darauf zurückzuführen, dass wohl die innere Hälfte desselben allseitig fest in das Gefüge des Handgelenks eingelassen ist, die äussere dagegen nach rückwärts weniger unterstützt und dadurch mehr der Gefahr ausgesetzt ist, abzubrechen (vielleicht unter begünstigender Einwirkung einer gleichzeitigen Ulnarabduction). Der erste Pat. lernte die praktische Bedeutung der Röntgenstrahlen schätzen; denn ihm wurde natürlich auf Grund des letzten Befundes die Rente belassen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899 Nr. 5.)

- Einen Beitrag zur Kenntniss der Längsbrüche des Radiusköpfchens liefert Rudolphy. Diese *direct durch Fall auf die Aussenseite des Armes* entstandene Fractur ist selten.

Indirect kommt sie auch zustande in ähnlicher Weise wie die Absprengung des Proc. coronoid. ulnae, z. B. *durch Fall auf die ausgestreckte Hand*; es wird hierbei durch die Trochlea das Capitulum gesprengt. Isolirt ist der Längsbruch des Radiusköpfchens nur selten beschrieben, *meist als Complication bei Luxation und anderen Fracturen*. Diagnostisch kommen in Betracht der locale Bruchschmerz, das Crepitiren an der Stelle des Radiusköpfchens und vor Allem die Art des Entstehens (Fall auf den Daumenballen der pronirten Hand bei ausgestrecktem oder gebeugtem Ellenbogen). *Prognose* nicht günstig, da meist Dislocation eines Bruchstückes eintritt. Entweder kommt es dann zur Bildung einer *Gelenkmaus* oder es tritt so *starke Callusbildung* ein, dass die Gelenkfunction leidet und *operativ* eingegriffen werden muss. Es werden 3 Fälle publicirt (2 mit Röntgenbildern).

(Inaug.-Dissert. Greifswald 1899. —
Monatsschrift f. Unfallheilk. 1899 Nr. 8.)

- Wachstumsstörung des Radius nach Fractur beobachtete Gérard Marehant. Der 18jähr. Pat. hatte *vor 10 Jahren den Radius gebrochen*. Während die Ulna normal weiter wuchs, *blieb der Radius zurück*, sodass *die Hand auf die Radialseite hinübergedrängt* wurde, und, da sie nicht mehr in der Achse des Vorderarms stand, *unfähig zum Greifen* war. Autor *resecirte 2 cm der Ulna* und erzielte *tadellose Stellung der Hand*.

(Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, XXV, 16. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 26.)

- Zur Behandlung der Oberschenkelbrüche macht Dr. F. Bähr (Hannover) folgende Mittheilung: Der Idealverband in der Behandlung der Oberschenkelbrüche bleibt seiner Vortheile halber der *Extensionsverband*. Er scheint sich aber in der Praxis vorwiegend *nur in der Strecklage des Beines eingebürgert* zu haben. Autor hat nun in letzter Zeit 2 Fälle von *Pseudarthrosen* gesehen, in denen der *Extensionsverband in Streckstellung zweifellos die Pseudarthrosen herbeiführte*. Die Diagnose ist nicht ganz leicht, besonders wenn sich wegen stark entwickelter Weichtheile das obere kurze Fragment schwer fixiren lässt; wer die Pseudarthrose einmal gesehen hat, dem wird sie so leicht nicht wieder entgehen. Es handelt sich nämlich um die *Pseudarthrose nach Fractura subtrochanterica*. Im 1. Falle consultirte den Autor ein 38jähr. Pat., am 20. I. 99. Am 10. VIII. 98

hatte er sich beim Herabspringen von der Strassenbahn, ohne umzufallen, den Oberschenkel gebrochen und wurde mit Extension behandelt. Er konnte das Bein gut bewegen und wollte lediglich wegen der auffallenden Schwäche des Beines, das mit 2 cm Verkürzung geheilt war, Hilfe. Pat. acquirirte vor 5 Jahren Lues, die aber, sofort energisch behandelt, keine weiteren Symptome machte. Die Fractur war noch beweglich, das ungewöhnliche Trauma liess die mangelhafte Consolidation als durch die Lues bedingt erscheinen. Doch änderte Autor diese Ansicht, als bald darauf die gleiche Pseudarthrose ohne Lues bei einem 39jähr. Maurer zur Beobachtung gelangte. Autor glaubt, dass *Pseudarthrose bei Fractura subtrochanterica viel häufiger ist, als man denkt, weil eben auf die specifischen Eigenschaften dieser F. keine Rücksicht genommen wird. Bei Verdacht auf diese F. hat man den Oberschenkel in Flexion zu stellen und mehr oder weniger schräg nach oben zu extendiren*; jedenfalls darf man nicht bei gestrecktem Hüftgelenk extendiren (eher noch nach Correction ein Gypsverband ohne Extension!) *Typisch für die Pseudarthrose ist das den Oberschenkelpseudarthrosen überhaupt charakteristische Symptom, die Klage der Pat., dass sie „keine Macht über das Bein haben“*, neben relativ guter Beweglichkeit, anscheinend im Hüftgelenk und event. geringer Verkürzung. *Bei rechtzeitiger Erkennung* kann wohl eine *Pseudarthrosenoperation* in Betracht kommen, Fixirung mit Nagel etc. *Bei älteren Fällen* stehen wir vor einem *Circulus vitiosus*: Festmachen der Bruchstelle bei ziemlich versteiftem Hüftgelenk, totale Ankylosirung dieses durch die neue Fixation und den Reiz in der Nachbarschaft, Wunsch nach Beweglichkeit des Beines, schliesslich Osteotomia subtrochanterica, Erzielung einer Pseudarthrose. Leidlich konnten obige Pat. selbst grössere Strecken mit Stock gehen, die Fragmente sitzen in der Regel gut gegen einander, man wird sich also zu einem operativen Eingriff nicht so leicht entschliessen.

(Die Arztl. Praxis 1899, Nr. 14.)

Fremdkörper. Einen Fall von Fremdkörperentzündung in der Haut publicirte Lorenz: Bei einem 4jähr. Kinde entwickelte sich im Verlaufe von 4 Monaten ein geschwulstartiger Knoten in der Kopfhaut bis zur Grösse eines Markstückes. Die vermeintliche maligne Geschwulst wurde exstirpirt; auf dem Durchschnitt sah man schon mit blossem Auge unter dem Epithel gelblich-bräunliche Stellen, die sich

bei mikroskopischer Untersuchung nicht, wie vermuthet, als melanotische Gewebe, sondern als F. auswiesen. Sie bestanden aus *Conglomeraten gelblich gefärbter Pflanzenfasern*, wie man solche in den *Faeces* zu sehen gewohnt ist; sie lagen theils unter, theils in dem Epithel, das zum grössten Theil der vermeintliche Tumor überkleidete. Dieser war leicht papillär und bestand aus frischeren und älteren entzündlichen Wucherungen, Narbengewebe, Granulationsgewebe, Herden von kleinzelliger Infiltration mit Riesenzellen. — Der Process ist offenbar so zu erklären, dass bei dem vielleicht in der Wartung vernachlässigten Kinde in die geschwürig veränderte Kopfhaut Koththeile einge-
rieben worden sind, entweder von dem Kinde selbst oder durch Bettwäsche u. dgl. Die F. haben einen dauernden Reiz unterhalten, die zur entzündlichen Bindegewebsneubildung führte und so den Tumor vortäuschte. Der Fall kann auch als Schlüssel für die Deutung so manchen Knotens in der Haut dienen, der ebenfalls auf entzündlicher Basis entstanden ist, aber zur Zeit, wo er zur Untersuchung gelangt, die reizenden F. nicht mehr enthält.

(Greifswalder medic. Verein 11. III. 99 —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 13.)

- Bronchiektasieen linkerseits constatirte Prof. Tschernow bei einem 6jähr. Knaben. Als Ursache fand sich ein in den linken Bronchus aspirirter Sonnenblumensame, der während der klinischen Beobachtung, 6 Monate nach dem Hineingelangen in die Luftwege, bei einem heftigen Hustenanfalle expectorirt wurde.

(Djetskaja Medicina 1899 Nr. 2. —
Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 Nr. 5-6.)

Intoxicationen. Tödliche acute Nephritis infolge von Vergiftung mit Sauerampfer sah Prof. H. Eichhorst (Zürich). Der Genuss des Sauerampfers wird allgemein für unschädlich gehalten; er bildet besonders einen sehr gesuchten Frühlingsleckerbissen der Kinder, die oft ganze Wettessen veranstalten, und auch Erwachsenen ist er in der Hitze sehr angenehm, da durststillend und durch seinen Säuregehalt erquickend. Dieser Säuregehalt entstammt aber der im Sauerampfer vorhandenen Klee- oder Oxalsäure, und es ist wunderbar, dass so äusserst wenige Vergiftungen vorkommen. Dass solche aber sicher sich ereignen, zeigt wieder obiger Fall, wo ein 12jähr. Junge wenige Stunden nach Genuss von rohem Sauerampfer an einer acuten haemor-

rhagischen Nephritis erkrankte und binnen 9 Tagen starb. Die Erkrankung begann mit heftigen Leibschmerzen und Durchfall. Schon am nächsten Tage leichtes Gedunsense des Gesichts, Druckempfindlichkeit in der Nierengegend (besonders rechts), hoher Eiweissgehalt des Urins, bei unveränderter Körpertemperatur. Trotz Milchdiät, warmen Bäder, Liq. Kal. acet., Digitalis sank dann die Harnmenge von Tag zu Tag, rasch trat *Uraemie* hinzu, und *unter Bewusstlosigkeit und klonischen Krämpfen starb Pat.* Da die Nierenentzündung unmittelbar nach dem Genuss des Sauerampfers eintrat, ist kaum anzunehmen, dass sie erst secundär nach der Gastroenteritis als Folge einer Autointoxication entstand, es ist vielmehr klar, dass *der Oxalsäuregehalt des Sauerampfers es war, der so deletär auf die Niere wirkte*.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 23.)

- Glykosurie bei Atropinvergiftung beobachtete Dr. F. Raphael (III. medic. Klinik Berlin). Bei L. mit Morphin, Opium, Chloroform, Amylnitrit, Quecksilber, Blausäure, Chlorare, Kohlenoxydgas u. A. findet man ja häufiger Zucke bei Atropin ist dies bisher unbekannt. Es wurde aber bei einem Pat., der Atropinvergiftung darbot, sicher *Dextro* im Harn nachgewiesen, und auch bei 5 Versuchen, die bei Kaninchen angestellt wurden, ergab sich 4 Mal Glykosurie.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 23.)

- Einen Fall von Santoninvergiftung, entstanden durch Einnahme einer zu grossen Menge der in den Apotheken im Handverkauf zu habenden „Wurmkuchen“, theilt Dr. C. Aronsohn mit: Der 2½jähr., sehr kräftige (36 Pfund wiegende!) Knabe bekam von seiner Mutter auf einmal (innerhalb 10 Minuten!) 11 Stück dieser Wurmkuche (à 0,03 Santonin), 1 Stunde später mit Essig angerichteten Gurkensalat und ein Gläschen Ingwer mit Wasser. In demselben Augenblicke wurde er kreideweiss, erschien mit kaltem Schweiss bedeckt, fiel um, murmelte unverständliche Worte vor sich hin, als ob er einen Rausch hätte, reagierte weder auf Anrufe, noch auf Reizungen, bekam Zuckungen im Gesicht und Nacken, schlug mit Händen und Füssen um sich, indem auch seine Arme und Beine von ununterbrochene kurzdauernden Zuckungen befallen wurden. Dieser in Bewusstlosigkeit einhergehende klonische Krampfnzustand dauerte ¼ Stunde, worauf es durch Darreichung von Salzwasser und Einführen des Fingers in den Rachen gelang.

Erbrechen hervorzurufen. Dann war Pat. ausserordentlich matt, hatte weite Pupillen, verlangsamten Puls, noch immer getrübttes Bewusstsein, verfiel dann in tiefen Schlaf, erwachte nach 3 Stunden und urinirte dann in grossen Mengen einen intensiv gelben, starken Bodensatz aufweisenden Harn. Letzterer wurde des Nachts ins Bett gelassen, das am Morgen wie mit gelber Farbe überstrichen aussah. Tags darauf Harn noch gelb, starke Santoninausscheidung. Diese klang aber allmähig ab, damit Hand in Hand ging Besserung des Allgemeinbefindens, und 18 Stunden nach Einnahme der Wurmkekuchen war Pat. wieder hergestellt, das Santonin im Harn verschwunden. Calomel (3 Mal täglich 0,04) war die einzige Verordnung gewesen. — Das Kind hatte das 3 fache der Maximaldosis für Erwachsene an Santonin erhalten, und hatten der genossene Essig und Alkohol jedenfalls den Ausbruch der Intoxicationsercheinungen beschleunigt, indem sie das im Magensaft noch ungelöste Santonin rasch lösten und stürmisch zur Resorption brachten. Ein weniger widerstandsfähiges Kind wäre nicht so leichten Kaufes davongekommen! Den Apotheken dürfte es jedenfalls nicht erlaubt sein, beliebige Mengen der Wurmkekuchen abzugeben, und man müsste sie dazu verpflichten, den Käufern eine genaue Gebrauchsanweisung mit zu geben.

(Berliner medic. Gesellschaft, 28. VI. 99. —
Wiener medic. Blätter 1899 Nr. 28.)

Magen- und Darmkatarrhe, acute und chronische,

konnte Dr. C. Fröhlich (Aschaffenburg) in zahlreichen Fällen mit Tannopin sehr günstig beeinflussen, sodass er das Präparat, das selbst bei kleinen Säuglingen nie Nebenerscheinungen machte, bei Enteritiden warm empfiehlt. Dosis für Kinder 3 Mal tägl. (bis 5 Mal) 0,25 — 0,5, Erwachsene 0,5—1,0 pro dosi. Das Präparat (Bayer & Co., Elberfeld) besteht aus Tannin und Urotropin.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 29.)

— Einen Fall von acuter Magendilatation mit tödtlichem Ausgang beschreibt Dr. R. Kirch (Krefeld). Derselbe wurde am 9. IV. Morgens zu einem 19jähr. Commis gerufen, der nach Angabe der Eltern schon seit einigen Tagen an gastrischen Störungen litt, die sich in der vergangenen Nacht zu sehr heftigen Brechanfällen und starken Schmerzen im Unterleib gesteigert hatten. Pat., sehr schwächlich und klein, mit schlecht entwickeltem Panniculus adiposus und

sehr atrophischer Musculatur, ausserdem starker Kyphoskoliose, stöhnt laut, sieht etwas *verfallen* aus. *Puls klein (146)*, *Temp. 36,7°*, Lungen und Herz ohne besonderen Befund. Bauch ziemlich stark aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. *In der linken Unterbauchgegend absolute Dämpfung mit Fluctuation*, an der Symphyse beginnend, sich im Bogen rechts um den Nabel herum nach oben bis zum linken Rippenbogen hinziehend und die ganze linke Fossa iliaca ausfüllend, nach hinten bis zur verlängerten hinteren Axillarlinie reichend, hinter welcher sich wieder eine bandförmige Zone tympanitischen Schalles fand; über der Dämpfung, in der Höhe des linken Rippenbogens, wieder voller tympanitischer Schall. *Gegend der Dämpfung auf Druck sehr schmerzhaft*. Anamnese: Pat., von gesunden Eltern stammend, litt in früher Jugend an Rhachitis (Kyphoskoliose!), war sonst gesund, auch von Seiten des Verdauungstractus bisher nie Beschwerden, abgesehen von *Aufstossen geringer Mengen gasiger und flüssiger Massen einige Stunden nach der Mahlzeit*. 3 Tage vor Autors Besuch hatte Pat. *Abends 2 Teller Brodsuppe gegessen und 1 Glas Weissbier getrunken*. *Schon in der folgenden Nacht, noch mehr in den beiden nächsten Tagen Störungen im Leibe*: anfangs mässige, immer heftiger werdende Schmerzen. Dann Erbrechen eines Theiles jener genossenen Speisen, später auch geringer Mengen graugrüner, bitterer Massen, grosses Schwächegefühl, totale Stuhlverstopfung, geringe Urinsecretion, enormes Durstgefühl. *Was lag vor?* Es schien von vornherein klar, dass es sich um *Perforation eines Hohlraumes in abdomine mit nachfolgender begrenzter Peritonitis* handelte. Eine acute linksseitige Hydronephrose war auszuschliessen, da dann das Colon ascendens, der erwähnte bandförmige Bezirk mit tympanitischem Schall, *vor*, nicht *hinter* der Dämpfung gelegen hätte. Es konnte sich nur um *Perforationsperitonitis* handeln! Aber *welches war das schuldige Organ?* Man konnte an eine linksseitige Lage des Coecums und Processus vermiformis denken, wofür allerdings keine Anhaltspunkte vorlagen, da sich sonst keine Organverlagerungen fanden; aber Fälle von partiellem Situs inversus sind ja bekannt. Man hätte ferner an die Perforation eines bestehenden linksseitigen Psoasabscesses in die Bauchhöhle denken können; aber auch hierfür fanden sich keine Gründe, da keiner der Rückenwirbel druckempfindlich war, auch vorher Erscheinungen nicht bestanden, die jener Affection eigenthümlich sind. Lag Durch-

bruch eines tuberculösen Darmgeschwürs oder eines ulcerirten Darmtumors vor? Die Anamnese ergab nichts dergleichen! Handelte es sich um ein perforirtes Magengeschwür, so war auffallend, dass das Exsudat sich in der linken Unterbauchgegend befand, während es doch sonst hier bald zur allgemeinen Peritonitis oder zu einem abgesackten subphrenischen oder retroventriculären Abscess kommt; aber bei einem so missgestalteten Körper waren Lagerungsanomalieen innerer Organe wohl denkbar, und es kommen ja auch bei normal gewachsenen Menschen durch intraabdominelle Verwachsungen solche Verzerrungen und Verschiebungen vor. *Die Sache blieb dunkel.* Auch machte das *Fehlen des Fiebers* stutzig (die Temperatur hielt sich auf 36,7—36,1°), das aber wiederum als Collapserrscheinung aufgefasst werden konnte. Autor verordnete Eisstückchenschlucken und Opiumsuppositorien, injicirte Campheröl und liess jede 1/2 Stunde 1/2 Weinglas Eiswasser mit Cognac trinken. Im übrigen wurde die Operation als einzige Hilfe erklärt, von den Eltern aber lebhaft zurückgewiesen. Beim Abendbesuch Zustand ziemlich der gleiche, nur *Dämpfung nach rechts hin noch etwas grösser geworden*, erstreckt sich am folgenden Morgen fast bis zur Regio coecalis, von wo aus sie in schräger Richtung zum linken Rippenbogen emporstieg. *Zustand des Pat. immer besorgniserregender*, daher Hinzuziehung eines Collegen am Nachmittag des 2. Tages. Derselbe schloss sich der Diagnose an, bekam aber dann Bedenken hauptsächlich wegen des Fehlens von Fieber bei einem so enormen peritonitischen Abscess, und erinnerte sich zweier vor einigen Jahren von A. Fränkel publicirter Fälle von *acuter Magendilatation*, an welche Diagnose man auch hier wohl zu denken habe. Eine nun in der linken Lumbalgegend am tiefsten Punkte der Dämpfung vorgenommene Punction ergab eine graugrüne trübe Flüssigkeit, etwas fade riechend, aber durchaus nicht an Eiter erinnernd. Während bisher Pat. aus Furcht vor Zerreissung event. peritonealer Verklebungen und vor Weiterumsichgreifen des Processes ängstlich vor jeder Bewegung behütet worden war, erregte man jetzt kräftige Schüttelbewegungen, die *lautes Plätschern in der Gegend der Dämpfung* hervorbrachten! Eine nunmehr vorgenommene *Magenausspülung* förderte *ca. 3 Liter einer graugrünen Masse* heraus. Weitere Ausspülung bis zum klaren Abfluss des Wassers. *Dämpfung verschwunden!* Pat. fühlte sich wohler, Nachlass der Schmerzen, doch Allgemeinbefinden immer noch schlecht. Deshalb

noch einige Campherinjectionen. Ernährung per rectum, Eisstückchen in den Mund (wegen quälenden Durstes), 2stündlich ein Kochsalzklystier. Trotzdem Pat. am nächsten Morgen noch mehr verfallen, Puls 160, fadenförmig, in der linken Unterbauchgegend *wieder ein kleiner Dämpfungsbezirk, laute Plätschergeräusche; Magenspülung, ca. 1½ Liter der graugrünen Flüssigkeit, Campherinjectionen.* Noch immer Erbrechen. Nachmittags Exitus. Bei der Section lag bei der Eröffnung des Bauches die Vorderseite des Magens in grosser Ausdehnung vor, im unteren Theil bedeckt von dem nach oben geschlagenen Netz und blassen collabirten Dünndarmschlingen. *Der Magen selbst erstreckte sich als schwappender Sack bis tief ins kleine Becken hinein und ruhte mit seinem ganzen unteren Theil auf dem Beckenboden auf,* von dort stieg der Pylorustheil wieder in steiler Richtung zum Duodenum empor. Duodenum stark erweitert, ebenso die oberen Dünndarmabschnitte, die unteren verengt. Serosalüberzug des Magens blass, seröser Ueberzug der gebülhten Dünndarmschlingen an einzelnen Stellen leicht injicirt, aber ohne Belag und Verklebungen. Peritonealer Ueberzug der übrigen Darmschlingen glatt, ohne Entzündungserscheinungen. Auf dem Boden der Beckenhöhle kein Exsudat, Darm ohne Veränderungen. Der herausgenommene Magen, mit Luft und ca. 1 Liter Flüssigkeit gefüllt, präsentierte sich als Organ, das keineswegs an die Figuration eines normalen Magens erinnerte, sondern ein langer Sack war; Magenwand theilweise stark verdünnt, Schleimhaut ohne ulcerative Processe, auch nicht an dem für 2 Finger durchgängigen Pylorus. — Der Fall war in mancher Hinsicht recht bemerkenswerth. Ein junger Mensch, der früher nie an auffallenden Verdauungsstörungen gelitten, erkrankt nach einem Diätfehler plötzlich an Symptomen, welche zur Diagnose „abgesacktes peritoneales Exsudat infolge Durchbruchs eines geschwürigen Processes“ führen mussten, bis durch einen Zufall die Sachlage aufgeklärt wird. Aetiologisch muss man wohl annehmen, dass schon früher bei dem schwächlichen, anämischen Pat. eine gewisse Atonie der Magenwand, vielleicht auch Ektasie geringen Grades bestand, die sich aber fast gar nicht äusserlich kundgab, indem der Magen noch ganz gut functionirte. Nun trat eine acute Verdauungsstörung ein, als deren Folge dann zunächst jedenfalls eine heftige Gastritis und im Anschluss daran eine schwere Läsion des nervösen und musculären Antheils der Magenwand sich einstellte (schwer war die

Läsion sicher, da in der ausgeheberten Flüssigkeit sich massenhaft Epithelien der Magenschleimhaut fanden, zum Theil in recht grossen Fetzen). Beim Eintritt der Läsion *versagte plötzlich die motorische Kraft des Magens* (wie plötzlich manchmal Versagen des Herzens bei einem bis dahin gut compensirten Vitium eintritt!), die genossenen Flüssigkeitsmassen, von dem gelähmten Magen nicht weiter befördert, zersetzten sich mehr und mehr, die entzündete Magenschleimhaut wurde noch mehr gereizt, die Aufsaugung hörte auf, Folge davon Wasserverarmung des Körpers, dadurch enormes Durstgefühl, Einführung weiterer Flüssigkeitsmengen, immer grössere Dehnung der schwer läderten, ihres Tonus verlustig gegangenen Magens u. s. w., ein sehr böser *Circulus vitiosus*, der zu jener enormen Ektasie und zu einem so schweren Krankheitsbilde führte. Dass die Musculatur der Bauchwand und des Zwerchfells, deren Contraction ja beim Brechact die hauptsächlich zur Wirkung kommenden treibenden Kräfte ausmachen, hier die im Magen angesammelten Flüssigkeitsmassen nicht hinausbefördern konnten, lag daran, dass *Pat. ein missgestalteter, sehr decrepider Mensch mit kielartig vorspringender Brust* war, infolgedessen die Bauchmusculatur auch bei stärkster Contraction nicht den Druck auf den Bauchinhalt ausüben konnte, der nöthig war; die Zwerchfellcontractionen allein genügten nicht. Das Erbrechen selbst wurde zum Theil durch die zersetzten Massen, die einen Reiz auf den Magen ausübten, bewirkt, zum Theil war es auch wirkliches Ileuserbrechen. Denn dass wirklicher *Ileus* infolge Compression der Darm-schlingen durch den Magen vorlag, bewies die Auftreibung des Duodenums und Anfangstheils des Ileums, welche allerdings nicht mit scharfer Grenze, sondern sich allmählig verjüngend in die blassen und collabirten unteren Dünndarmabschnitte sich fortsetzte. Auch der gallig gefärbte Mageninhalt und die heftigen Leibscherzen liessen auf starke Retroperistaltik schliessen. Der Tod trat bei dem schwächlichen, anämischen Pat. infolge von *Herzschwäche* ein, bewirkt durch den durch die acute Magendehnung hervorgerufenen Shok. *Der Fall zeigt also jedenfalls, dass acute Magenstörungen bei Kranken mit atonischem oder gar ektasirtem Magen nicht als harmlos anzusehen sind, so dass man möglichst sofort bestrebt sein muss, den Magen durch Brechen oder besser durch Ausspülungen von seinem zersetzten Inhalt zu befreien.*

Pleuritis. Gangrän der Hand durch Embolie im Verlaufe einer *P. purulenta* beobachtete Giraudeau. Die *P.* hatte Monate lang bestanden, bis drohende Symptome die Operation erheischten. Zu gleicher Zeit war trockene Gangrän an den Fingern der rechten Hand und völlige Anästhesie nicht nur an diesen, sondern der ganzen Hand und dem grössten Theil des Vorderarms eingetreten. Autor konnte in der Litteratur nur 5 ähnliche Fälle finden, unter denen aber nur 2 Mal periphere Embolie vorhanden war. Im vorliegenden Falle entstand die Embolie der Arter. brachialis unabhängig von jeder Gehirnerscheinung; im Pleuraexsudat fand sich nur der *Mikrococcus tetragenus*. Das Empyem heilte und die Gangrän endete mit dem Verlust der 2 letzten Phalangen des Zeigefingers und der Haut der 2 benachbarten Finger.

(Presse méd. Nr. 6, 1899. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 13.)

— Die therapeutische Verwerthung der Salivation regt Prof. v. Leube an. Derselbe beobachtete einen Fall, wo die vollständige Resorption einer sehr reichlichen Ascitesflüssigkeit durch eine spontan sich einstellende enorme Salivation in kurzer Zeit erfolgte. Ohne jede Veranlassung gab der betreffende Pat. in 24 Stunden 3 Liter Speichel von sich, womit der gewaltige Ascites vollständig verschwand; auch die folgende Zeit wurden täglich 300—1000 cem Speichel entleert, Erneuerung des Ascites blieb aus. Seither brachte Autor in mehreren Fällen von *P. exsudativa* durch Kauenlassen von Gummitabletten bedeutende Speichelsecretion hervor, und er sah von 5 Fällen 4 Mal das Exsudat so verschwinden; von 2 Fällen von Ascites gelang die Resorption 1 Mal. v. Leube will das Verfahren künftig abwechselnd mit der Diurese und Diaphorese angewandt wissen und empfiehlt, es wenigstens da zu versuchen, wo ein anderes Resorptionsverfahren nicht zum Ziele führt.

(Physik.-medic. Gesellschaft zu Würzburg, 13. VII. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 29.)

Pneumonie. Dr. Schloemicher (Graz) hat mit der von Siegel empfohlenen Salicyltherapie der croupösen *P.* in 6 so behandelten Fällen recht günstige Erfolge erzielt. Er gab in den ersten 2—3 Tagen 8 g Natr. salicyl. in 24 Stunden und nach Abfall der Erscheinungen noch durch 2—3 Tage kleinere Dosen:

Rp. Natr. salicyl. 8,0
 Aq. Menth. pip. 50,0
 Aq. font. 200,0
 Tinct. amar. 5,0
 S. Innerhalb 24 Stunden zu verbrauchen.

Eine Krisis im üblichen Sinne trat nicht ein, die Erscheinungen bildeten sich schon vor dem 9., ja öfters vor dem 5. Tage bereits zurück; schon am 2. Behandlungstage war ein Sinken der Temperatur fast bis zur Norm und ein Schwinden der Verdichtungssymptome zu constatiren. Salicyl scheint die Schleimhaut der Luftwege zu energischer Secretionsthätigkeit anzuregen und dadurch fast coupirend auf P. zu wirken.

(Mittheil. des Vereins der Aerzte in Steiermark 1899 Nr. 4.)

- Eine erysipelatöse P. beobachteten Artaud und Barjou. Sie trat in der *Reconvalescenz von einem Gesichtserysipel* ein. Dieser ätiologische Factor zusammen mit dem ganzen Verhalten der Krankheit, das Auftreten ganz besonderer Symptome (Dyspnoë, welche nicht im Verhältniss stand zu den physikalischen Erscheinungen, der anfallsweise, keuchhustenartig auftretende Husten, das Fehlen der charakteristischen Sputa, bronchitisches Rasseln, welche das Röhrenathmen begleitete, ohne Knisterrasseln) liessen die echte P. ausschliessen und den Verdacht an eine *Streptokokkeninfection der Lunge* aufkommen, welchen Verdacht das Experiment bestätigte. Es handelte sich nicht um Pneumokokken, da die Uebertragung der Sputa auf Mäuse in 24 Stunden nicht die für Pneumokokkeninfection charakteristische tödtliche Septikämie erzeugte, sondern vielmehr um Streptokokken, den Streptokokkus des Erysipels, da ohne jede Cultur die directe Uebertragung des Auswurfs auf das Ohr des Kaninchens ein typisches Erysipel hervorrief.

(Gaz. des hôpitaux 1899 Nr. 102. —
 Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 34.)

- Ueber die Natur und Behandlung der Pneumokokkenempyeme lässt sich Prof. O. Vierordt aus: Eine Uebersicht der in der Litteratur niedergelegten Erfahrungen über die Malignität der durch Pneumokokken verursachten Eiterungen und speciell der Pneumokokkenempyeme und die daran geknüpften Behandlungsvorschläge zeigt, dass zwar diese Eiterungen im Allgemeinen weit gutartiger sind, als

die durch die gewöhnlichen Eiterpilze erzeugten, dass dies aber durchaus keine unverbrüchliche Regel ist, und dass es deshalb einigermaassen gewagt erscheint, im Vertrauen auf spontane Heilung, speciell beim Empyem, den chirurgischen Eingriff zu unterlassen. Aus seiner eigenen Erfahrung theilt Autor Krankengeschichten mit, die ebenfalls zeigen, dass das *Pneumokokkenempyem sehr bösartig auftreten kann*. Die 1. Gruppe betrifft 4 Fälle mit *schweren tödtlichen Complicationen*, davon 2 mit *citriger Pericarditis*, 2 mit *citriger Peritonitis*; von den beiden letzteren machte das eine Mal die Peritonitis die dominirenden Symptome, das andere Mal setzte sie klinisch fast gar keine Erscheinungen. Milzschwellung und parenchymatöse Nephritis zeigten die schwere septische Allgemeinerkrankung an. In einer 2. Gruppe fasst Autor 3 Fälle mit *schwerem Allgemeininfekt und starker Abzehrung* zusammen, in denen zum Theil erst nach längerem Suchen ein ganz kleines (2 Mal interlobäres) Empyem gefunden wurde, und wo auf die *Entleerung dieser geringen Eitermengen (höchstens 10 ccm) prompte Heilung* erfolgte. Die Fälle der 1. Gruppe zeigen die *Möglichkeit schwerer septischer Allgemeininfektion durch metapneumonische Empyeme* (resp. die vorausgegangene P.) und daneben die Neigung dieser Empyeme, durch Abkapselung mehrkammerig und dadurch der Entleerung viel schwerer zugänglich zu werden; die 3 anderen Fälle beweisen, dass auch ganz kleine Eitermengen schweres Herunterkommen des Pat. bewirken können (1 Mal bestand ganz das Bild der galoppirenden Schwindsucht). Beide Möglichkeiten lassen die *frühzeitige Radicaloperation* auch des reinen Pneumokokkenempyems als durchaus angezeigt erscheinen. Tritt ein Empyem schon während der P. auf, so warte man freilich mit der Entleerung bis nach der Krise, dann aber zögere man nicht länger damit. Vierordt's Erfahrungen beziehen sich lediglich auf *Kinder*, und Autor will, da das Kindesalter für den Pneumokokkeninfekt im Allgemeinen empfänglicher zu sein scheint, seine Sätze nicht ohne Weiteres auf das Empyem des Erwachsenen übertragen; sie dürften aber hier wohl nur eine geringe Einschränkung erfahren.

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 64. —
Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 34.)

Psoriasis. Grosse Dosen Jodkalium bei P. vulgaris wendet Prof. Rille an und demonstriert eine damit geheilte 41jähr. Pat. Am 16. I. *Beginn der Behandlung mit 2 g Jodkali*,

es handelt sich im Wesentlichen um starke Verdickung der Stachelschicht des Deckepithels, und auf diese muss therapeutisch Rücksicht genommen werden, d. h. wir können die bisher allgemein gebräuchliche Therapie mit erweichenden antieczematösen Mitteln, speciell der Hebra'schen Salbe, den Theerpräparaten, der Kaliseife, Salicylsäure etc. entbehren, und die Abschälung der verdickten Oberhaut mit einer Schälpaste wird denselben Effect in viel kürzerer Zeit und weit besser zu Wege bringen! Unna begann denn auch vor 1 Jahr, zuerst noch etwas zaghaft, die am Gesichte erprobte *Resorcinschälcur* auf einzelne verdickte Plaques bei universellen Ekzemen und besonders hartnäckiger P. anzuwenden. Das Resultat war so günstig, dass er seitdem alle universellen Ekzeme und P., wo eine erhebliche Acanthose bestand, unter Zuhülfenahme der Schälpaste behandelte. Die zunächst befürchteten Allgemeinwirkungen blieben aus; sie sind bei Anwendung der Schälcur am Rumpfe und an den Extremitäten viel geringer, als bei der Gesichtsschälung. Auch die Schmerzhaftigkeit ist nur eine geringe, und die mortificirte Oberhaut stösst sich, wenn man die Schälung auf die verdickten Parthieen allein beschränkt, genügend schnell ab. Besonderer Vorzug gerade der *Resorcinschälcur* ist noch, dass sie an und für sich ein vortreffliches Heilmittel für P. und Ekzem darstellt und sich mit sämmtlichen anderen Heilmitteln dieser Affectionen sehr gut verträgt. Unna benützt eine stärkere und schwächere Schälpaste:

Rp. Past. Zinc.
 Recorcin. aa 40,0
 Ichthyol.
 Vaseline. aa 10,0
 S. Pasta fortior.

Rp. Past. Zinc. 60,0
 Resorcin.
 Vaseline. aa 20,0
 S. Pasta mitior.

Je nach Ausdehnung der zu schälenden Parthieen und der Widerstandskraft der Pat. verschreibt man die stärkere oder schwächere neben der sonst geübten Medication und lässt sie an den betreffenden Theilen gleichzeitig einreiben. In vielen Fällen wird man zweckmässig Morgens nur an den verdickten Parthieen die Schälpaste und Abends am ganzen Körper die Hauptsalbe (resp. Paste) einreiben lassen. Auch ersetzt die localisirte, unter Umständen punktförmige Mitwirkung der Schälpaste ausgezeichnet alle jene Mittel, welche wir bisher an den übermässig sauren und mit physiologischer Epithelverdickung versehenen Regionen, d. h. am

Vorderarm, Unterschenkel, Hand, Fuss anwenden mussten, um diese renitenten Gegenden *pari passu* mit dem übrigen Körper der Heilung zuzuführen, — den Gebrauch der Salicylsäure und besonders der Schmierseife. Man hat aber zu beachten, dass die Schälpasten auch nebenbei stark basische Mittel sind, wegen ihres hohen Gehalts an Zinkoxyd. Ist die Loslösung der mortificirten Oberhaut eingeleitet, was an der einzelnen Hautstelle nach 1—3 Tagen der Fall ist, so setzt man die Schälpaste daselbst aus und überlässt die betreffende Hautstelle der freiwilligen Abschälung oder der Einwirkung der übrigen milderer Mittel, die gerade in Anwendung kommen.

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. XXIX Nr. 3.)

Rheumatismen. Mit einer *Combination aus Ichthyol und Moor*, dem Ichthyol-Moorschlamm (Salvator-Apotheke in Wien) erzielte Dr. Joh. Hirschkron (Wien) sehr günstige Resultate, besonders bei *chron. Gelenk- und Muskelrheumatismen*. Die feinpulverige Masse wird mit heissem Wasser angerührt, gekocht, in einen Leinwandlappen gehüllt und als *Einpäckung* benützt, resp. als *Bäderzusatz* verwendet. Die *schmerzstillende und resorbirende Wirkung* war eclatant, namentlich bei Rh. (Erwärmung auf 30—40°), auch bei *Gicht* (hier nur 25—27°), bei *Neuralgien* und *Beckenexsudaten*.

(Wiener medic. Presse 1899 Nr. 32.)

— Eine praktisch erprobte Form der äusseren Anwendung von Salicyl soll folgende sein:

Rp. Extr. Hyoseyam. 1,0
Jodoform. 2,0
Natr. salicyl. 6,0
Vaselin. ad 20,0.

(Rlf. medic. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

— Ueber das Auftreten anscheinend rheumatischer Gelenkerkrankungen nach einem Trauma macht Dr. C. Müller (Knappschaftslazareth Königshütte, Prof. Dr. Wagner) Mittheilung und beschreibt 2 Fälle: In dem 1. Falle handelt es sich um einen früher gesunden Arbeiter, der sich eine *Luxation des linken Oberarmes* zuzog. Die Reposition gelang in Narkose leicht. Die Function in allen übrigen Gelenken erwies sich als normal. Etwa 2 Monate später bekommt er neben Schmerzen in der linken Schulter *heftige*

Schmerzen im linken Knie- und Hüftgelenk; im Knie bei Bewegungen deutliches *Reiben*, kein Erguss, keine Schwellung, wohl aber *Fieber*, das einige Tage bei gleich bleibenden Klagen bestehen bleibt. Später treten auch *Schmerzen im rechten Handgelenk* auf, die Bewegungen daselbst sind behindert. Allmählig verschwinden die Beschwerden. Der 2. Patient, ebenfalls ein früher gesunder Mensch, wird von einem Pferde gestossen und bekommt an der getroffenen Stelle, dem linken Knie, erhebliche Schwellung der Weichtheile, blaurothe Verfärbung etc., aber keinen Erguss. Die übrigen Gelenke normal. 3 Wochen später ist er wiederhergestellt, kurz darauf aber schwellen unter Fieber beide Hand- und einzelne Fingergelenke an, Haut daselbst geröthet, heftige Schmerzen im rechten Schultergelenk, dasselbe geschwollen. Das Fieber verschwindet bald, die Schwellungen und Schmerzen bleiben aber (inzwischen auch in der linken Schulter eingetreten!), man constatirt deutlich *Knarren*. Und nun bildet sich eine *chron. Arthritis* aus, in den Schultergelenken kommt es offenbar zu *bindegewebigen Verwachsungen*, an einzelnen Fingergelenken *Verdickungen*. Nach Monaten noch (inzwischen Bädercuren etc.) ist *Steifigkeit in den Fingergelenken* vorhanden, *Bewegungen in der Schulter sehr behindert*. — Also offenbar *secundäre multiple Gelenkerkrankungen nach Traumen*, im 1. Falle dem acuten Gelenkrheumatismus mindestens sehr ähnlich, im 2. mehr dem Bild einer acuten, aber sehr bald chronisch werdenden Arthritis entsprechend. Prof. Wagner hat übrigens schon seit Jahren einzelne Fälle beobachtet, die ein ähnliches Bild zeigten.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 Nr. 8.)

Uleus ventriculi. Ueber U. und Stenosis des Magens nach Trauma schreibt Prof. Krönlein (Zürich), 2 Fälle traumatischer Pylorus-Stenose mittheilend. Fall I. 24 jähr. Bereiter, früher nie krank, stürzte Mitte März 1887 mit dem Pferde so unglücklich, dass er einen *heftigen Stoss gegen die Magengegend durch den Sattelknopf* erlitt. Zunächst kein erheblicher Schmerz; erst am anderen Tage nach dem Essen schmerzhaftes Reissen in der Magengegend, das sich von da an täglich nach dem Essen wiederholte. 4 Wochen nach dem Unfall zum 1. Male schleimiges, grünelbes Erbrechen (ohne Blutbeimengung). In den nächsten Wochen sehr erhebliche Gewichtsabnahme. Nach 4 Monaten Aufnahme in die Klinik. *Starke Magenerweiterung.*

Im Erbrochenen öfters Blut. In der Pylorusgegend wallnussgrasse Resistenz. Da Pat. immer mehr herunterkam, 8 Monate nach dem Unfall *Laparotomie*. Pylorus durch derbes Narbengewebe mit der Rückseite der Bauchhöhle und besonders mit der Leber fest verwachsen und selbst narbig verhärtet. Nach Resection des Pylorus ergab sich, dass auch der anstossende Theil des Duodenum hochgradig verengt war; daher wurde das Magenlumen in eine Schlinge des Dünndarms inserirt. *Exitus* Tags darauf im Collaps. Bei der Section zeigte sich die Magenschleimhaut verdickt, im Pylorustheil „état mamellonné“; am Pylorus eine ausgedehnte Geschwürsfläche mit narbigem Grunde, bis zu der nicht einmal stecknadelkopfgrossen Oeffnung nach dem Duodenum sich fortsetzend; an den Rändern des narbigen Geschwürs schneidet die Schleimhaut sehr scharf gegen den vertieften Geschwürsgrund ab. *Fall II.* 48 jähr. Arbeiter, früher gesund, führte seine Krankheit auf einen Unfall zurück, den er Ende Juni 1898 beim Heuen erlitten: er war von einem Heustock heruntergesprungen und hatte sich *das Ende des Heugabelschaftes heftig gegen die Magengrube gestossen*. Zunächst keine weiteren Folgen; in der nächsten Nacht heftige Schmerzen in der Gegend des linken Rippenbogens, die ihm die Arbeit unmöglich machten. In den nächsten Wochen Appetitlosigkeit, Abmagerung, Magendrücken, später auch Erbrechen. 3 Monate nach der Verletzung Aufnahme in die Klinik: Druckschmerz zwischen Nabel und Schwertfortsatz, etwas nach rechts von der Mittellinie. Da Pat. weiter an Gewicht abnimmt, etwa 5 Monate nach dem Trauma *Laparotomie*. Magen etwas dilatirt, Pylorustheil derb infiltrirt, an der Serosa eine Reihe weissgelblicher, derber, stecknadelkopfgrosser Knötchen; in dem anstossenden grossen Netze mehrere bohnergrosse, derbe Lymphdrüsen. Lineare Resection des Pylorus; fieberloser Verlauf, *Heilung*. Am resecirten Stück des Magens zeigt sich unmittelbar vor dem Pylorus eine hochgradige narbige Stenose, für eine 5 mm dicke Sonde gerade noch durchgängig; 2—4 cm vor der kleinen kraterförmigen Oeffnung hört die normale Schleimhaut mit scharfem Rande auf und zeigt sich hier eine etwas tiefer gelegene, glatte, blassrothe Fläche, an der, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, die Schleimhaut vollständig fehlt und die sehr stark zellig infiltrirte Submucosa frei zu Tage tritt. — Der Referent vorliegender Arbeit („Mittheil. aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie“. Bd. IV. 1899), Prof. Stern

(Breslau) fügt hinzu: „*Auffällig sind in beiden Fällen die relativ geringen Anfangserscheinungen unmittelbar nach dem Trauma, das Fehlen des Erbrechens, speciell des Blutbrechens.* Man könnte deshalb den Zusammenhang der narbigen Pylorus-Stenose mit den in der Anamnese angegebenen Traumen für zweifelhaft halten, zumal *in den meisten Fällen von sogen. „traumatischem Magengeschwür“ sofort nach dem Trauma heftige Schmerzen, meist auch bald oder im Laufe der ersten Tage Blutbrechen aufgetreten ist.* Indessen hebt Krönlein mit Recht hervor, dass sich *der allmähliche Beginn der Krankheitserscheinungen daraus erklären liesse, dass die Mucosa nicht zerrissen, sondern zunächst nur von ihrer Unterlage abgelöst, später nekrotisch (verdaut) wurde.*

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 5.)

- Ein „typisch“ verlaufendes, durch Unfall herbeigeführtes U. hatte S. R. Dr. Thiem (Cottbus) zu beobachten Gelegenheit: 47jähr., nach Aussage des ihn lange kennenden Arztes *vorher vollkommen gesunder, sehr kräftiger und gut ernährter, dem Alkohol nicht ergebener ländlicher Arbeiter* wurde am 15. VI. v. J. *von einer Kuh mit der Schnauze in die Magengrube gestossen.* Heftige Schmerzen daselbst, die aber wieder vergingen, sodass die Unfallanzeige unterblieb. Die Schmerzen kehrten aber in den nächsten Tagen wieder, auch stellte sich Appetitlosigkeit ein. *Am 11. Tage Abends im Hofe plötzlich Uebelkeit und so heftiges Erbrechen, dass er beim Hineingehen in die Wohnung vor der Thür ohnmächtig wurde.* Am anderen Morgen entdeckte seine Frau erst, dass *das Erbrochene Blut* gewesen war, und holte den Arzt. Am 28. und 29. VI. *wieder grosse Blutmengen ausgebrochen;* am letzteren Tage sah es der Arzt selbst und spricht von „*schwarzklumpig geronnenen*“ Massen. Dabei *grosse Empfindlichkeit in der Magengrube.* Durch die Blutverluste war der vorher dem Arzte als „*kraftstrotzender Mensch*“ bekannte Pat. *derartig blutleer und hinfällig geworden, dass er bei jedem Versuch, sich aufzurichten, ohnmächtig wurde.* In der Folge blieb die *Schmerzhaftigkeit der Pförtnergegend bestehen*, und es zeigten sich die *Zeichen mässiger Magenerweiterung.* Auch diese gingen bei geeignetem diätetischen Verhalten allmählig zurück, ebenso die Zeichen der Blutarmuth. Bei der am 16. IV. d. J. von Thiem vorgenommenen Untersuchung war aber immer noch eine Druckempfindlichkeit des Pförtners und das Gefühl derberen Widerstandes beim Betasten

jener Gegend vorhanden, ohne dass man mit Sicherheit eine ausgesprochene Geschwulst fühlen konnte. *Die Krönleinschen Fälle mahnen dazu, auch diesem Falle weiter sorgfältige Beachtung zu schenken.* Wenn Thiem diesen „typisch“ nannte, so geschah es im Hinblick auf die bisher herrschende Ansicht, der er in seinem „Handbuch der Unfallkrankungen“ mit folgenden Worten Ausdruck gegeben: „Wenn die Verletzung in einer blossen Blutdurchtränkung oder submukösen Blutung geringeren Grades besteht, so wird nach Ebstein diese Stelle der Selbstverdauung durch den Magensaft verfallen und daraus ein Magengeschwür entstehen können. Das Blutspeien, das classische Symptom der Magenschleimhautverletzungen, wird dann erst einige Tage nach der Verletzung erfolgen können“. Im obigen Falle trat es am 11. Tage ein.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 5.)

- Ueber einen Fall von traumatischem U. berichtet Reizenstein. 43jähr. Schieferdecker war $2\frac{1}{2}$ Stockwerke herab auf die Strasse gefallen, wobei er sich schwere äussere Verletzungen (Contusionen, Rippenfracturen, Radiusfractur) und schwere innere Verletzungen (Bluthusten, Blutharnen) zuzog. Symptome von Seiten des Magens, wie Erbrechen etc., bestanden nicht. Vor dem Unfall hatte Pat. nie über Magenbeschwerden zu klagen, vertrug auch die schwersten Speisen anstandslos. Der 3 Tage nach dem Fall entleerte Stuhlgang soll trotz Milch und Eierkost schwarz gewesen sein. Als Pat. anfang, Anderes zu geniessen, bekam er heftiges Magendrücken und nahm deshalb instinctiv davon Abstand. In einem medico-mechanischen Institut, wohin er von der Unfallversicherung wegen des Armbruches geschickt wurde, traten bei den Uebungen und infolge der gröberen Klinikkost heftige Magenbeschwerden auf, sodass Pat. zur Begutachtung an Reizenstein gewiesen wurde. Die Angaben des Pat. waren typische: Drückende Schmerzen sofort nach dem Essen, 2 Stunden lang, besonders nach festen Speisen und bei Bewegungen. Die Untersuchung ergab circumscribten, intensiven Druckpunkt im Epigastrium und am Rücken, mässige Atonie und Subacidität. Die eingeleitete Leube'sche Ulcuscure hatte eclatanten Erfolg, in 3 Wochen war Pat. wiederhergestellt. Schon dies liess eine Perigastritis traumatica ausschliessen, ebenso traumatische Neurose, welch letztere sich übrigens bei den erheblichen Verletzungen an Lungen, Knochen etc. wohl anders ge-

äussert hätte. Die 3 Tage nach dem Unfall entleert schwarzen Sedes liessen an *directe Zerreissung der Magenschleimhaut* denken.

(Aerztl. Verein zu Nürnberg, 16. III. 99.
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 33.)

— Die Therapie des U. und seiner Folgezustände vom internen und chirurgischen Standpunkt aus bespricht der bekannte Magenarzt Dr. Wegele (Bad Königsborn), besonders um „auf Grund eigener Erfahrung, sowie unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur und Statistik zeigen, *was die interne Behandlung bei dieser Krankheit zu leisten vermag und wo sie gegen das Messer der Chirurgen zurückzutreten hat.*“ Prophylaktisch kann er nicht viel leisten. Abgesehen von den seltenen Fällen, ein U. durch ein Trauma, durch *directe Verätzung*, indirekt durch *Verbrennung der äusseren Haut*, durch *Lues* oder *Tuberculose* zustande kommt, kennen wir nur *begünstigende Momente* für seine Entstehung, so *Anaemie* und *Chlorose* sowie *grosse Blutverluste*, die entschieden prädisponiren wirken; dafür spricht schon der hohe Procentsatz, den das weibliche Geschlecht für U. stellt, welches ja so sehr Störungen der Blutbildung neigt (Pubertät, Wochenbett, Affectionen des Geschlechtsapparats!). Eine Rolle spielen auch regionale Verhältnisse, z. B. Nahrungsweise; Köchinne werden besonders oft von U. befallen (Probiren kochender heisser Speisen!). Durch Riegel ist jetzt auch der wichtige Einfluss bekannt, den *Hyperacidität und Hypersecret des Magensaftes* haben, wenn Circulationsstörungen in der Magenschleimhaut und vielleicht eine vermehrte Alkalescenz des Blutes hinzukommen, indem durch den erhöhten Säuregrad die schlecht ernährte Stelle der Schleimhaut verdorrt und die Heilung des entstandenen Geschwürs durch die während chemische Reizung erschwert wird. *Man neigt also anhaltende Anämie und Chlorose nicht zu leicht zu behandeln gleichzeitige Magenbeschwerden, ehe es zu spät kommt.* So beruhen die bei derartigen Pat. so häufigen *Cardialgieen* nicht selten auf *Erosionen der Magenschleimhaut*, deren Bestehen man nach Einhorn und Paris mit Sicherheit annehmen kann, wenn im *Spülwasser* des nüchternen Magens sich regelmässig kleine Schleimhautfetzen finden und das Spülwasser selbst leicht röthlich tingirt ist. Sehr günstig wirkt hier die morgendliche *Spülung mit Argent. nitr.-Lösung* (1 per Mille) oder, wenn nicht angängig, die Verordnung des *Arg. nitr. in Solu-*

(0,2—0,4 : 120,0 3 Mal tägl. 1 Esslöffel in 1 Weinglas Wasser bei möglichst leerem Magen). Ferner wird man gut thun, *Hyperacidität und besonders vermehrte Saftsecretion* (häufig bei nervösen Individuen!) *therapeutisch zu beeinflussen*. Bei *Behandlung des U. selbst* ist *Betruhe* erstes Erforderniss! Naturgemäss würde *absolute Ruhigstellung des Magens* durch fortgesetztes Hungern die besten Heilungsbedingungen ergeben, und ist besonders für schwere, recidivirende Fälle eine 2—3 Wochen durchgeführte *Darmerernährung* empfohlen worden, mit Recht, wie auch Wegele's Erfahrungen lehren. Die erste und in die Augen springendste Wirkung ist fast immer das völlige Aufhören selbst der qualvollsten Schmerzen schon nach einigen Tagen. Die Angst, dass die ohnehin schon geschwächten Pat. dabei zu sehr herunterkommen, ist insofern unbegründet, als der Stoffwechsel in der Betruhe ein geringerer ist, daher auch der Gewichtsverlust nicht sehr bedeutend. Autor lässt Morgens und Abends ein Reinigungsklystier von $\frac{3}{4}$ L. Wasser geben und *alle 6 Stunden* (d. h. 4 Mal in 24 Stunden) *ein Nährklystier* verabfolgen mittelst 25 cm langen, weichen Darmrohres (Jacques Patent), da der Mastdarm wegen grösserer Anfüllung sehr empfindlich ist und die Klystiere sonst nicht zurückgehalten werden können. Die Gesamtmenge soll 400 g nicht übersteigen (man beginne mit 300 g). Als *Zusammensetzung* empfiehlt Wegele $\frac{1}{4}$ L. Milch mit 2 Eigelb, 1 Theelöffel Kochsalz und 1 Messerspitze Mehl verrührt, 1 Esslöffel Wein zugesetzt, das Ganze durchgeseiht, in Körpertemperatur mit dem Irrigator infundirt (bei reizbaren Pat. noch Zusatz einiger Tropfen Opium); vor Zusatz von Traubenzucker ist zu warnen (in der Praxis aurea der bequemen Anwendungsweise halber empfehlenswerth die aus Albumose und Maltose bestehende *Alcarnose*, in Gelatine kapseln, löslich in heissem Wasser). Diese Ernährung kann man 1—2—3 Wochen durchführen (in der letzten Zeit höchstens per os den Durst durch kleine Schlucke kalten Thees lindern!), dann geht man *vorsichtig zur Ernährung per os* über. Zunächst *Milchdiät* (jeder Tasse kann man 1 Messerspitze Mehl hinzufügen); auch Kefir ist ganz zweckmässig. Nach einigen Tagen Milch abwechselnd mit Gerste- und Haferschleim, in der 2. Woche Milchbrei von Gries, Tapioca, Mondamin, Zwiebacke in Milch eingeweicht (alles event. mit Zuckerzusatz, stets lauwarm!). In der 3. Woche schwache Bonillonschleimsuppe (mit Eigelb), auch weiche Eier. Dann nach und nach gekochte Hühner, Tauben, geschabtes Beefsteak und Kartoffel-

purée; später gebratenes Geflügel, Kalbfleischhachée, Fleischklöße, geschabter Schinken, zuletzt Filetbraten, Schnitzel, Beefsteak, Spinat, Maccaroni, Carotten, Erbsenpurée, leichte Mehlspeisen von Mondamin, Gries, Tapioca, Reis, Apfelpurée. Dieser diätetischen Therapie hat Leube noch die *Behandlung mit heissen Kataplasmen* hinzugefügt, die durch Hervorrufung einer energischen Hauthyperämie ableitend und entschieden schmerzlindernd wirken. Diese Umschläge (mit Leinsamen, Kartoffelbrei, Wärmflaschen u. dgl.) sollen ca. 14 Tage lang alle 20—30 Minuten erneuert werden, und zwar so heiss, dass Brandflecken entstehen (Nachts: Salbe oder Priessnitz'scher Umschlag); Contraindication: vorausgegangene Blutung (hier lieber auch am Tage Priessnitz'sche Compressen). *Medicamentös* am besten *Carlsbader Mühlbrunnen* (Morgens nüchtern $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ L.), in das unter fortwährendem Umrühren 10—12 g (1 gehäufte Theelöffel) *Bismuth. subnit.* gethan wird; ist man über den Sitz des U. orientirt, kann man nach dem Trinken den Pat. dementsprechend lagern, damit das Salz sich an der tiefsten Stelle anlagert, anderenfalls lässt man in der nächsten Viertelstunde die Lage fortwährend wechseln, um das Salz an der Magenschleimhaut zu vertheilen. Gerhard und Boas empfehlen auch warm das *Argent. nitr.*, ersterer besonders, wenn Schmerzen bei nüchternem Magen vorhanden sind. Man beginnt mit einer Lösung von 0,2 : 120,0 und lässt davon 3 Mal tägl. 1 Esslöffel in $\frac{1}{2}$ Weinglas Wasser möglichst bei leerem Magen einnehmen (1 Pfeffermünztablette nachnehmen!), steigt mit der Dosis bis 0,4 : 120,0, sodass 4—5 Flaschen verbraucht werden; dabei nimmt die Schmerzhaftigkeit oft recht bald ab. Bei altem U. ist *Condurango* als *Stomachicum* empfehlenswerth; Wegele verordnet ein Decoct mit $1\frac{1}{2}\%$ Resorcin-Zusatz. Daneben kann man öfters Magn. usta oder Natr. bicarb. nehmen lassen, auch Narcotica sind bisweilen nicht zu vermeiden. *Magenspülungen* sind bei frischem U. gefährlich, bei altem wirken sie oft recht gut. *Regelung des Stuhlgangs* am besten mit Irrigator; bei hartnäckiger Verstopfung gebe man das milde Extr. Cascar. Sagrad. fluid. In der *Nachbehandlung* hat man es oft mit der *Anämie* zu thun; leicht verdauliche Eisenpräparate, wie *Liq. ferri album.* oder *Haemalbumin „Dahmen“* (3 Mal tägl. 5 g) helfen ab. Im übrigen müssen die Pat. noch Monate lang alle sauren, gewürzten und cellulosereichen Speisen, sowie heisse oder kalte Getränke vermeiden. Als *Nachcurort* ist *Carlsbad* (auch Neuenahr) vor-

theilhaft; auch *Soolbäder*, *Höhenluft* sind zu empfehlen (Secklima nicht!). Die *Behandlung der Magenblutung* muss selbstverständlich zunächst in der Sistirung jeglicher Nahrungsaufnahme bestehen, daneben Eispielen, Eisbeutel. Ewald rät in schweren Fällen die Magensonde einzuführen und mit Eiswasser zu berieseln, während Wiel und Flastan die Ausspülung mit heissem Wasser (42°) oder Trinken desselben empfehlen. Neuerdings wird von Frankreich her die styptische Wirkung der Gelatine gerühmt (entweder Eingiessungen in den Magen von 10 % igen Lösungen oder mehrmals wiederholte subcutane Injectionen von 1 % igen Gelatine-Kochsalzlösungen), worüber weitere Erfahrungen abzuwarten sind. In Deutschland wendet man hauptsächlich *Ergotin-Injectionen* an und intern *Liquor ferri sesquichlorat.* (stündl. 10 Tropfen in Eiswasser, bei Besserung 4 stündl.). Bei *Collaps* kommen Aether-, Campher- und Coffeininjectionen in Betracht, vor allem aber die *subcutane Kochsalzinfusion*, die den Pat. über die schlimmste Klippe rasch hinwegzuhelfen vermag. Uebrigens ist der Verblutungstod sehr selten, und auch enorme Blutverluste werden meist gut vertragen. Man gehe jedenfalls nicht zu früh zur Nahrungsaufnahme per os über und beginne auch dann nur mit in Eis gekühltem Seet, Milch, Kefir, und erhöhe die Temperatur nur sehr allmällig. Bei Eintritt einer *Perforation* ist von der internen Therapie nur dann Gebrauch zu machen (absolute Rückenlage, Verbot jeder Nahrungsaufnahme, Eisblase, Aether- und Campherinjectionen, bei heftigem Schmerz Morphinum, bei Brechreiz Cocain), wenn der Magen vorher gerade leer war; da man das aber meist nicht genau weiss und auch dann die Hoffnung auf Rettung nicht sehr gross ist, thut man in der Regel gut, *möglichst rasch operativ* vorzugehen, zumal die Aussichten auf Rettung bei dieser Operation in den letzten Jahren sich soweit gebessert haben, dass die Prognose eine ziemlich gute zu nennen ist. Sonst kommt ein *chirurgischer Eingriff* noch in Betracht zur *Excision alter Geschwüre* wegen *unerträglicher Schmerzen* oder *unstillbarer Blutungen*, zur *Lösung von Verwachsungen mit den Nachbarorganen*, wegen *störender Narbenbildungen*, *Entleerung subphrenischer Abscesse*, vor allem aber wegen *Stenosirung des Pfortners* und *secundärer Magenerweiterung*. Die *Heilungstatistik der Operationen aus gutartiger Indication* wird von Jahr zu Jahr besser; so hatten Czerny nur 16 % , Mikulicz in den letzten Jahren nur 10 % Mortalität. Wegen gefahr-

drohender Blutungen ist bis jetzt noch selten operirt worden und hat sich gezeigt, dass bei frischen Geschwüren die Auffindung der blutenden Stelle grosse Schwierigkeiten macht und manchmal unmöglich war, und dass bei der leider nicht seltenen Multiplicität der Geschwürsbildung im Magen unter Umständen Täuschungen unterlaufen und durch die Operation doch keine radicale Hilfe geschaffen werden konnte. Eignet sich das Verfahren mehr bei wiederholten Blutungen aus alten Geschwüren, womit event. gleich die Excision des Geschwürs verbunden werden kann; bei starken Verlöthungen mit der Umgebung, besonders dem Pankreas, muss man sich allerdings oft mit der Verschorfung des Geschwürsgrundes begnügen. Manche Geschwüre, besonders wenn sie in der Nähe des Pfortners sitzen, heilen erst nach der Gastrectomie, indem der durch sie bedingte Pfortnerkrampf und die erhöhte Saftsecretion infolge der rascheren Entleerung durch die neue Magendarmcommunication schwindet. Auch können tiefgreifende grosse Geschwüre die Motilität lahm legen und die Excision erfordern. Dass abgesackte Eiterbildung infolge von Perforation (subphrenische Abscesse) chirurgisches Eingreifen erfordern, ist selbstverständlich. Bei weitem die häufigste Veranlassung zu Magenoperationen aus gutartiger Ursache bildet jedoch die Verengung des Pfortners mit folgender Dilatation des Magens. Wie lang der Arzt in dadurch hervorgerufenen qualvollen Zuständen intern behandeln soll, wie lange er damit einen Erfolg erzielen hoffen kann oder wann er den Pat. dem Chirurgen überweisen muss, das hängt von dem Grad der Stenose und auch vom Kräftezustand des Pat. ab. Wenn die Ernährung noch nicht wesentlich gesunken ist und physikalisch-dietetische Therapie meist günstig wirkt, vor allem Magenspülungen, die Wegele immer Morgens nüchtern vornimmt, da der Magen über Nacht noch einen Theil seiner Ingesta zu entleeren vermag und dem Körper nicht so viel Nährstoffe entzogen werden, als wenn man die Spülungen 2-3 Tage vornimmt; dem Spülwasser werden zweckmässig antiseptische Mittel zugesetzt (Wegele empfiehlt Chinin 1⁰/₁₀₀). Kommt man auf diese Weise unter Verordnung einer entsprechenden Diät und Wasserzuführung durch den Darm insofern zum Ziel, als die morgendlichen Speisereste an Menge abnehmen und das Körpergewicht steigt, so ist die Operation vorläufig nicht nöthig. Bei Pat., die sich schonen und eine entsprechende Lebensweise zu führen imstande sind, gelingt es, wenn sie frühzeitig in geeigneter

Behandlung kamen, *lange Jahre ein leidliches Wohlbefinden* herbeizuführen. Ist dies aber nicht der Fall und hebt sich die motorische Kraft des Magens und das Allgemeinbefinden nicht, oder handelt es sich um ein Individuum, das vermöge seiner socialen Verhältnisse nicht in der Lage ist, ein geeignetes Regime innezuhalten, ist unbedingt das *operative* Verfahren anzurathen, solange der Ernährungszustand noch ein erträglicher ist. *Die Heilungsergebnisse der Gastroenterostomie, die hier hauptsächlich in Frage kommt, sind jetzt sehr gute*, und wer gesehen hat, wie die Pat. bald nach der Operation (die in einfachen Fällen nur $\frac{1}{2}$ Stunde dauert) aufblühen, 20—40 Pfd. zunehmen, wieder arbeitsfähig und lebensfreudig werden, der wird den Werth des Eingriffs schätzen. Nach einigen Monaten (bis dahin ist Vorsicht geboten) kann der Pat. sogar an allen Tafelfreuden wieder voll theilnehmen. Was sonst die *Prognose des U.* anbelangt, so sind für die Aussicht auf Heilung verschiedene Factoren maassgebend, wie die Dauer des Bestehens der Krankheit, der Eintritt in zweckmässige Behandlung, die sociale Lage des Pat., vor allem der *Sitz des U.* So neigt das U. der vorderen Magenwand mehr zur Perforation (40 Mal öfter, als in der Hinterwand), ein U. an der Hinterwand und der kleinen Curvatur macht häufiger Blutungen, ein U. am Pylorus und der Cardia führt oft zur Stenose. Die *Feststellung des Sitzes* ist oft freilich *sehr schwierig* (Wegele empfiehlt die Untersuchung des Morgens bei leerem Magen und in der Bettwärme, oder nachdem ein warmer Umschlag längere Zeit in der Magengegend gelegen hat, wodurch die Feststellung von localen Schmerzpunkten und von Infiltrationen häufig erleichtert wird). Leider neigt das U. sehr zu *Recidiven*, und auch *multiples Auftreten* kommt in 20 % der Fälle vor. Immerhin lässt sich behaupten, dass *ein frisches U. von nicht zu grosser Ausdehnung und frühzeitig behandelt, in der Regel zur Ausheilung gelangt*. Selbst beträchtliche Blutungen trüben die Prognose nicht, ja können möglicherweise günstig wirken, indem sie den erethischen Charakter des U. vermindern. *Bei jedem älteren U. sei man aber mit der Prognose vorsichtig* und spreche selbst von momentaner Heilung nur dann, wenn sowohl die subjective Schmerzempfindung, wie die objective Druckempfindlichkeit gewichen ist und nach Wochen keinerlei Magenbeschwerden mehr bestehen. *Eine absolute Heilung ist vor Ablauf von Jahren nicht zu garantiren*. Manche Geschwüre kommen, wie auch Wegele er-

fuhr, noch nach wiederholten Ruhecuren zur Heilung. Auf dem Boden eines alten U. kann sich *Carcinom* entwickeln (nach Rosenheim in 6⁰/₀); Sticker wies daraufhin, dass man eine solche Aetiologie annehmen kann, wenn man bei einem Magencarcinom gleichzeitig Hyperacidität der Salzsäuresecretion findet.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 Nr. 21-22.)

Vermischtes.

- Paraplaste, jene neue 1896 von Unna empfohlene Form *medicamentöser Pflaster*, wendet Dr. E. Heuss (Zürich) seit 2 Jahren mit Erfolg an. Gleich den Guttaperchaplastermullen haben auch die Paraplaste eine *impermeable Grundlage*, jedoch aus *Paragummi* (vulcanisirtem Kautschouk) bestehend, welcher einem sehr feinen, battistartigen Baumwollgewebe eingewirkt ist. Ihr Entstehen ist aus dem Wunsche hervorgegangen, die *Farbe der Pflaster derjenigen der Haut ähnlicher* zu machen. Die Paraplaste haben aber *noch andere Vorzüge vor den Guttaperchaplastermullen*; sie sind viel haltbarer und rutschen weniger ab, sodass ein Wechsel seltener erforderlich, ein fixirender Verband oft nicht nöthig ist, dabei geschmeidig und der Haut glatt anliegend, zerreisslich, kleben besser, auch die Cohärenz zwischen Pflasterunterlage und Pflastermasse ist grösser, sodass sie sich leichter und ohne Rückstand entfernen lassen. Der Preis ist nicht höher, als der von Guttaperchaplastern.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 2.)

- Ueber Massage mittelst Quecksilber schreibt Prof. v. Rindfleisch: „Es ist bekanntlich eine recht heikle Sache, *gichtische Gelenke* zu massiren. Man macht oft das Leiden dadurch recht rebellisch. Andererseits möchte man doch auch diese Gelenke der grossen Vortheile der Massagecur theilhaftig machen. In dieser Lage befand ich mich selbst einem *gichtisch geschwollenen Handgelenk* gegenüber, bei welchem sich die *Resorption schon seit Wochen verzögerte*. Da kam ich auf den Gedanken, der mir neu war und sich als sehr erfolgreich bewährte. *Ich tauchte die kranke Hand in ein hinreichend (15 cm) weites Glas, welches zu 2 Dritttheilen mit Quecksilber gefüllt war. Das Quecksilber schmiegt sich aufs Innigste und mit bedeutendem Druck an das Glied an, je tiefer man eintaucht, desto fester.*

Um die Encheirese der Massage mit den Händen möglichst nachzubilden, tauchte ich die Hand 20—30 Mal hintereinander langsam ein und hatte die Freude, schon nach der 2. Sitzung eine beträchtliche Verkleinerung der Geschwulst zu constatiren. In 4 Tagen war das Gelenk im Wesentlichen zur normalen Form zurückgebracht.“

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

- Einen „Lymphhebläser“ zur Entleerung der mit Impfstoff gefüllten Haarröhrchen, hat Oberimpfarzt Voigt (Hamburg) construiert. Das billige (M. 1,50), handliche (mit auskochbarer Nickelhülse in der Westentasche mitführbar), selbst leicht (auch in der Hülse) sterilisirbare Instrument (Stelling, Hamburg, Rödingsmarkt) hat den Zweck, das Ausblasen durch den Mund, bei dem der Arzt eventuell Krankheitskeime (Constitutionskrankheiten, Angina, Zahn-caries etc.) in die Vaccine hineinblasen oder letztere sich selbst auf die Lippen (aufgesprungene!) bringen kann, zu ersetzen. Es besteht aus einer kleinen Glasröhre, in deren beiden Enden Gummistopfen stecken, die in der Mitte durchbohrt sind; ausserdem ist über das eine Ende ein Gummihütchen gezogen. Der eine Stopfen besitzt ein weiteres, der andere ein engeres Loch, entsprechend den Weiten der Lymphröhrchen. Man wählt nun das passende Loch, schiebt das an beiden Ende geöffnete Lymphröhrchen in das Loch, nachdem inzwischen das Glashütchen über den anderen Stopfen gestülpt ist, und drückt leicht auf das Gummihütchen.

(Therap. Beilage Nr. 7 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899 Nr. 27.)

- Seine Erfahrungen mit Vasogenpräparaten publicirt Privatdoc. Dr. Suchanek (Zürich). Er war damit sehr zufrieden. Das reine Vasogen stellt er den besten Salbengrundlagen zur Seite. Consequente Anwendung von 6 $\frac{0}{10}$ igem Jodvasogen bei Strumen äusserlich (3 Mal tägl. ca. $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel) und innerlich (5—30 Tropfen pro die) verkleinerte weiche parenchymatöse Kröpfe auffallend schnell. Auch bei *Periostitis alveolaris* gingen die Erscheinungen bei 3 Mal täglicher Betupfung (einige Minuten lang) zurück. Tertiäre Lues wurde wie durch grosse Dosen Jodkali beeinflusst, nicht ulcerirte Schleimhautgummen resorbirten sich, ulcerirte heilten schnell. Sehr gut wirkte 20 $\frac{0}{10}$ iges Kreosotvasogen, das Autor bei Lungen- und Larynxphthise neben der üblichen örtlichen Therapie in Form von Einreibungen, 3 Mal tägl. 1 Thee- bis $\frac{1}{2}$ Esslöffel (immer an verschiede-

nen Körperstellen) verwendete; die Heilung tuberculöser *Ulcera* erfolgte entschieden in kürzerer Zeit. *Mentholvasogen* wurde bei *juckenden Dermatosen* mit Nutzen gebraucht und musste bei der Nachbehandlung incidirter und ausgekratzter *Furunkel* die Stelle des Jodoform vertreten, sofern letzteres schlecht vertragen wurde. *Jodoformvasogen* wurde ganz wie die Jodoformglycerinemulsion zur Heilung *tuberculöser Drüsen oder Fisteln* verwendet (extern und parenchymatös), *Guajacolvasogen* diente zur Nachbehandlung chirurgisch behandelter *Nasenschleimhautlupusfälle* (Wattewiecken), damit getränkt, wurden stundenlang bis tagüber getragen).

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 7.)

- Niedrige Closets für Patienten mit chronischer Obstipation fordert Dr. S. Steinthal (Berlin) und glaubt, dass dann Abführmittel etc. entbehrlich sein werden. Man muss die *Bauchpresse*, welche für Fortschaffung der *Faeces* sorgt, möglichst unterstützen, und das kann man durch eine richtige Stellung des Körpers während der Defaecation. Unsere heutigen hohen Closets ermöglichen es nicht, die Bauchpresse kräftig zu benutzen; das ist nur bei *Niederkauern* möglich, und dazu müssten die Closets nur halb so hoch sein, wie die jetzigen. Bei derartigen Closets wird die grösste Verengerung der Bauchhöhle, der grösste Druck auf den Darminhalt erreicht, indem die einzelnen Bauchmuskeln sich so *ad maximum contrahiren* und ihre volle *Wirksamkeit* entfalten können.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1899, April.)

- Arsen als Gegenmittel gegen Thyreoidismus hat jüngst Mabile empfohlen. Prof. Ewald (Berlin) hat diese Angabe nachgeprüft, indem er Kapseln von *Jodothyrin à 25* (Bayer & Co., Elberfeld) bei 5 Fällen von Struma, 1 Fall von Adipositas und 1 Fall von Myxoedema infantile gab und daneben Arsen ordinarie. Er begann mit 1 resp. 2 Tabletten, stieg täglich um 1 Stück bis 8—10 Stück pro die. So bekamen die Pat. hintereinander 231, 111, 86, 320, 108, 296, 125 Tabletten. Trotz dieser recht erheblichen Gaben machten sich nie Erscheinungen von Thyreoidismus bemerkbar, der Urin blieb stets frei von abnormen Bestandtheilen etc., sodass Ewald den Eindruck gewonnen hat, dass wir im Arsen ein thatkräftiges Corrigens des Thyreoidismus besitzen. Der Fall von Adipositas nahm nach 6 wöchent-

lichem Jodothyringebruch (320 Tabletten) vorübergehend 3,5 kg ab, nahm dann aber wieder zu und hatte schliesslich nur 0,5 kg weniger, wie Anfangs; ob der Misserfolg dem Arsen zuzuschreiben ist, lässt Ewald unentschieden, jedenfalls traten auch hier Complicationen nicht ein, das Mittel brauchte, wie auch in den übrigen Fällen, nicht ausgesetzt zu werden. Was diese betrifft, so betrugen die Abnahmen der Halscircumferenz bei den 5 Strumen (vor der Behandlung 37,6—33,5—37,5—35—34,5 cm) nach 4—6 wöchentlicher Behandlung 2,1—2,5—3—1—3 cm. In dem Falle von Myxödem ist die Behandlungszeit noch zu kurz.

(Die Therapie der Gegenwart 1890 Nr. 9.)

— Zur Arsendosirung macht Dr. Vehmeyer (Haren) eine Mittheilung. Er verbindet Liq. Kal. arsenic. gern mit Eisenpräparaten, verschreibt z. B.

Rp. Liq. ferri album. 100,0

Liq. Kal. arsen. 10,0

S. 4 Mal täglich 1 Theelöffel.

Es ist dies gewiss eine Dosis, welche die maximale so ziemlich erreicht und für zu hoch von vielen Aerzten gehalten wird. Und doch ist dieselbe, wie den Autor 2 unfreiwillige Vorkommnisse lehrten, nicht nur nicht zu hoch, sondern eher zu niedrig und nicht nur nicht gefährlich, sondern eben erst heilkräftig. 2 Frauen missverstanden die Signatur und nahmen die Mixtur esslöffelweise. Als sie nach 3 Tagen wegen Erneuerung des Receipts wiederkamen, stellte es sich heraus, dass sie reichlich das 3fache der zulässigen Einzel- und Tagesdosis genommen hatten, und zwar ohne jeden Schaden. Seitdem übersteigt Autor vielfach die Maximaldosis, sah nie davon Schaden, wohl aber sehr schöne Resultate. Die Penibilität der Einleitung der Arsencur, die minutiöse tropfenweise Steigerung ist sicher pedantisch. Autor giebt jetzt anstandslos 4 Mal tägl. 12—16 Tropfen Liq. arsenic. und erzielt viel raschere und eclatantere Erfolge, ohne je etwas Unangenehmes zu erleben. Er ist der Ansicht, dass die Maximaldosen für Arsen viel zu niedrige sind, woraus sich ein grosser Theil der therapeutischen Misserfolge erkläre.

(Medico 1899 Nr. 34.)

Bücherschau.

— Der Grundriss der modernen Therapie von Dr. W. Grauer (Verlag von Hartung & Sohn, Leipzig. Preis gebund. M. 2,80) will Aerzten und Studirenden ein Wegweiser sein. Der Autor hat daher mit Recht nicht alle therapeutischen Mittel, die hie und da mal empfohlen wurden, kritiklos aneinandergesetzt sondern sorgfältig auswählend, nur bewährte Methoden aufgenommen. Auch das diätetisch-physikalische Heilverfahren wird genügend gewürdigt. So wird das kleine Buch wirklich seinen Zweck durchaus erfüllen, dem noch nicht genügend erfahrenen Mediciner in dem Chaos der therapeutischen Wege ein zuverlässiger Berather zu sein. — In dem gleichen Verlage ist erschienen: Therapeutisches Taschenbuch für physiatrische Aerzte von Dr. Presch (Preis geb. M. 4,—). Bei jeder der alphabetisch geordneten Krankheiten wird die genaue Methode der Behandlung nach der Naturheilmethode angegeben, auch allgemeine Bemerkungen über Technik, Indicationen etc. fehlen nicht. Wer einmal einen Blick in die Geheimnisse dieser therapeutischen „Kunst“ hineinwerfen will, wird sich in dem Werkchen rasch über Alles orientiren können, da dasselbe an Genauigkeit und Uebersichtlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt.

— „Neue Heilmittel und Heilverfahren“ (1893—1898) stellte Dr. Fr. Winkler für prakt. Aerzte zusammen, die ihm für das Buch (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien) gewiss Dank zollen werden, indem sie hier Gelegenheit haben, in dem grossen Gewirr von Neuheiten sich rasch (alphabetische Anordnung!) zu orientiren, brauchbare Receptformeln, Indicationen, Nebenwirkungen etc. präcis besprochen und angegeben zu finden. So weit wir in dem Werke blätterten, fanden wir keine Incorrectheiten, Lücken und dergl., sodass wir dasselbe für durchaus der Empfehlung werth ansehen.

— Von verschiedenen *Sammelwerken* sind *Fortsetzungen* erschienen und verfehlen wir bei dieser Gelegenheit nicht, unsere

Leser wieder auf die zu erwähnenden 3 Werke aufmerksam zu machen, die sämtlich — jedes in seiner Art — vortrefflich und durchaus der Anschaffung werth sind. Das ist vor allem die Eulenburg'sche Realencyclopädie (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin), deren 20. Band erschienen ist. Derselbe enthält die Stichworte „Puls“ bis „Rückenmark-Tumoren“, und führen wir von grösseren Arbeiten folgende an: Die beiden letztgenannten, verfasst von Landois resp. Bruns, ferner: „Punction“ von Walzendorf, „Quarantänen“ von Nocht, „Quecksilber“ von Schulz, „Rhachitis“ von Baginsky und Bernhard, „Reconvalescentenpflege“ von G. Meyer, „Refraction“ von Königstein, „Respiration“ von Munk, „Röntgenstrahlen“ von Levy-Dorn, „Rückenmark“ von Gad, „Retinitis“ von Goldzieher, „Resectionen“ von Gurlt, „Radialislähmung“ von Remak etc. — Von der Bibliothek der medic. Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Drasche (K. Prohaska, Teschen) liegen uns die *Lieferungen* 171—178 vor. 2 davon sind der „Hygiene und der gerichtlichen Medicin“, 2 den „Venerischen und Hautkrankheiten“, 4 den „Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfkrankheiten“ gewidmet. Alle enthalten ebenfalls sehr gediegene Arbeiten hervorragender Autoren (Haug, Kratter, Eichhoff, Finger, Kopp, Gutzmann, Chiari etc.), sodass das Werk zum Nachschlagen für den, der die Anordnung nach Disciplinen vorzieht, warm empfohlen werden kann. — Villaret's Handwörterbuch der gesammten Medicin (F. Enke, Stuttgart) steht jetzt, nachdem *Hef 12 und 13* erschienen, am Schluss des 1. Bandes. Hier findet man meist nur kurze Aufsätze, aber aus allen Gebieten und Nebendisciplinen der Medicin herbeigeht und trotz ihrer Kürze doch alles Wesentliche in ganz präziser Form darstellend, sodass jemand, der rasch einen Ueberblick über ein Thema gewinnen, Vergessenes nachlesen, Neues zum Alten hinzulernen will, hier vortreffliche Gelegenheit dazu hat.

— Dr. Th. Becker's in 2. Auflage erschienenes (Verlag von G. Thieme, Leipzig) Werkchen: *Einführung in die Psychiatrie* ist für den Anfänger bestimmt. „Die Psychiatrie wird leider heutzutage noch viel zu viel als Stiefkind im Gebiet der medicinischen Wissenschaften betrachtet; ohne propädeutische Kenntnisse besuchen die Studenten die Klinik, sodass es weiter nicht wundern kann, wenn ihnen die Lust und das Verständniss fehlt, sich über einen schwierigen Fall klar zu werden.“ Hier soll das Büchlein einsetzen. Autor giebt in knapper Form mit besonderer Hervorhebung der differentialdiagnostischen Merkmale ein Bild der einzelnen Psychosen, und zwar in leicht verständlicher Weise, er giebt dem Anfänger ein typisches Bild der Seelenstörungen und befähigt ihn so, auch schwie-

riegeré Diagnosen zu stellen. Das Werkchen (Preis M. 3,—) ist auch für den prakt. Arzt recht brauchbar. — Die von Frenkel empfohlene Bewegungstherapie bei Tabes verdient es, wie Prof. Goldscheider, der Verfasser des im gleichen Verlage erschienenen Werkes *Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie* (Preis M. 3,—) betont, durchaus, Gemeingut der Aerzte zu werden, da ein Spezialarzt dazu gar nicht nöthig ist, sondern nur genaue Bekanntschaft mit der Methode, den Apparaten etc. den Arzt befähigt, die nach Goldscheider's Erfahrung sehr wirksame Methode bei seinen Pat. anzuwenden. Der Autor versteht es nun in seiner Anleitung vortrefflich, diese Bekanntschaft dem Leser in Wort und Bild (das Büchlein enthält 122 sehr instructive Abbildungen) zu übermitteln, sodass der Leser durch das Studium des Buches sich in bester Weise mit allem vertraut machen kann, was zu wissen nöthig ist. Die Praktiker sind daher dem Verfasser zu grossem Danke verpflichtet.

— Ueber das Buch „6 Jahre Casuistik“ von Dr. E. Grätzer (Verlag von C. Sallmann, Basel) schreibt die Prager medicinische Wochenschrift 1899 Nr. 31): „Der prakt. Arzt kann unmöglich die in allen möglichen Fachjournalen zerstreuten casuistischen Mittheilungen sich zugänglich machen, und doch ist, wie der Verfasser in seinem Vorworte mit Recht hervorhebt, die Erfahrung ein sehr wichtiger Factor unseres ärztlichen Könnens. Die Zusammenstellung von 1250 Fällen aus der Litteratur in einer durch die alphabetische Anordnung sehr übersichtlichen Form wird gewiss dem Praktiker sehr erwünscht sein und ihm in manchem Falle willkommene Belehrung und Auskunft an der Hand der Erfahrungen anderer Fachgenossen bringen.“

— Wie alljährlich wollen wir auch heuer gegen Jahresschluss eine Reihe empfehlenswerther Medicinalkalender namhaft machen. Für heute sei vor Allem der von Eulenburg und Schwalbe herausgegebene *Reichs-Medicinalkalender* (Leipzig, G. Thieme) erwähnt, der sowohl in seinem Haupttheil, als auch in einen besonderen Beiheft eine Anzahl für den Praktiker bestimmter Aufsätze, sowie eine Reihe wichtiger Verzeichnisse (Anstalten für Psychisch-Kranke, Idioten, Alkoholisten, Morphinisten, Epileptiker, Blinde, Taubstumme, Wöchnerinnen etc.) bringt. Sehr genau sind die Abschnitte „Anwendung, Dosirung und Arzneiform der gebräuchlichen Heilmittel“ und „Alphabetisches Verzeichniss und Charakteristik der wichtigsten Bade- und Curorte“. Die 4 Quartalshefte haben genügenden Raum für tägliche Notizen. — Auch der *Medicinalkalender der Allgem. medic. Central-Zeitung*, von Dr. Lohnstein (Verlag von O. Coblentz, Berlin) erfreut sich bereits grosser Beliebtheit

und verdient dieselbe auch wegen seines reichen textlichen Inhalts, zu dessen Abfassung der Herausgeber eine Anzahl angesehener Autoren herangezogen hat, und wegen des grossen Raumes, den die 4 Quartalshefte für die täglichen Notizen bieten; sehr willkommen wird z. B. das Capitel betreffs der Symptomatologie und Therapie der Vergiftungen, das betreffs der Dosirung der Arzneien für Kinder, das über Säuglingsernährung und manche anderen den Lesern sein.

— Von Dr. C. Rapmund und Dr. E. Dietrich wird bei G. Thieme (Leipzig) ein 2 bändiges Werk: **Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde** herausgegeben. Wir haben beim Erscheinen des 1. Bandes das Werk warm begrüsst und die Vorzüge desselben rühmen können. Jetzt hat auch Bd. II die Presse verlassen, der ebenfalls einen reichhaltigen Inhalt aufweist und eine Unmasse Dinge, die der Arzt wissen muss, klar und präcis zur Sprache bringt. Es wird hier z. B. die Armen-, Kranken-, Irrenpflege behandelt, der Arzt als Krankenkassen-, Knappschafts-, Eisenbahn- etc. -Arzt, als Sachverständiger und Vertrauensarzt, als Begutachter auf dem Gebiet der Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung erhält genaue Aufschlüsse über alles Nöthige, das Gebührenwesen findet eingehende Berücksichtigung, Curpfuscherei, ärztliche Hausapotheken, ärztliche Geschäftsführung und noch vieles Andere wird in diesem Bande besprochen und erläutert. Das Werk ist ein unentbehrliches Nachschlagebuch für jeden Praktiker und dürfte rasch als solches beliebt werden.

— In einem 150 S. starken Werkchen hat Dr. Volland seine reichen Erfahrungen und seine Ansichten über die Phthise niedergelegt. Man findet in dem Buche („Die Lungenschwindsucht, ihre Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilung“, Verlag der Osiander'schen Buchhandlung, Tübingen) alle diese Capitel eingehend behandelt und erhält so einen, wenn auch vielfach sehr subjectiv gefärbten, aber doch stets genauen und anregenden Wegweiser durch alle diesbezüglichen Fragen. Die Ansichten Volland's haben oft die Opposition herausgefordert, zum Theil aber wurden sie anerkannt und bestätigt. Jedenfalls dürfte die Lectüre des Buches allenthalben warmem Interesse begegnen und einiges Licht in manches Dunkel bringen.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 2.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

November

IX. Jahrgang

1899.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Alopecia. Chrysarobin verwendet Dr. M. Hodara (Constantinopel) bei *A. pityrodes et seborrhoica* (auch bei *Pityriasis capitis* und nicht nässendem *Ekzema seborrhoicum capitis*) in folgender täglich 1 Mal einzureibender Salbe:

Rp. Chrysarobin. 0,01—0,05
Ichthyol. 0,05—0,2
Vaselin. flav. 50,0
Extr. Viol. q. s.

Bei Personen, die gegen Salben Abneigung haben, benützte er bei *A. pityrodes et seborrhoica*:

Rp. Chrysarobin. 0,05—0,1—0,15
Ol. Ricin. 0,5—2,0
Alkohol. absol. 100,0
Extr. Viol. q. s..

Ein Stück Verbandwatte wird damit getränkt und damit die Haut sanft eingerieben (1 Mal täglich). Hat das Aus-

fallen der Haare nachgelassen, so wird noch längere Zeit 2—3 Mal die Woche dies gemacht, um Recidive zu vermeiden. Hier, wie bei der Salbe, wird mit der schwächsten Dosis begonnen und allmähig gestiegen. Kommt es trotzdem zu einer leichten Hautreizung, so genügt 2—3 tages Aussetzen. Bei sehr hartnäckigen und weit vorgeschrittenen Fällen von A. bei Damen leistet der 25%ige *Chrysarobinstift* Unna's sehr gute Dienste, mit dem die kahlen Stellen 1—2 Mal täglich geätzt werden (vorsichtig! da energische Aetzung gar nicht nothwendig; sobald sich trotzdem Reizung zeigt, wischt man sofort die geätzten Stellen mit Oel ab und wartet einige Tage), bis sich wieder genügender Haarwuchs einstellt.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Nr. 6, Bd. 29.)

- Die Behandlung der A. areata mit Acid. carbolic. liq. pur. wird von Dr. E. Heuss empfohlen, da sie in der Hand des Arztes ungefährlich und wenig umständlich ist, dabei an Sicherheit und Raschheit der Wirkung alle anderen Behandlungsweisen übertrifft. Alle 8 Tage wird einfach ein damit befeuchteter Wattepinsel energisch in die erkrankten Stellen und deren Umgebung eingerieben. Zur Verhütung von Recidiven soll man nach erfolgter Heilung 1—2 Mal wöchentlich die ganze Kopfhaut mit $\frac{1}{2}$ %igem Sublimatspiritus einreiben.

(57. Versammlung des Aerztl. Centralvereins in Zürich, 3. VI. 99. — Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 18.)

Gewerbekrankheiten. W. Frank (Augenlinik Prof.

Fuchs, Wien) publicirte 1898 einen Fall von Nitronaphthalin-Trübung der Hornhaut, bei einem Arbeiter in einer Sprengstofffabrik, in welcher die bei der Dynamit-Erzeugung sich ergebenden Abfälle zur Nitronaphthalin-fabrication verwendet werden; Pat. war in letzterem Betriebe seit mehreren Monaten beschäftigt und hielt sich in Räumen auf, die mit Dämpfen dieser chemischen Verbindung erfüllt waren. Das klinische Bild des Falles war ein vollständig von allen anderen bekannten Hornhauterkrankungen abweichendes. Jetzt hatte in derselben Klinik Dr. V. Hanke Gelegenheit, einen 2. Arbeiter der gleichen Fabrik zu beobachten, der durchaus dasselbe Bild darbot, wie der Frank'sche Pat. Auch die Anamnese in beiden Fällen dieselbe: Nach mehrmonatlichem Aufenthalte in der mit Nitronaphthalindämpfen geschwängerten Atmosphäre allmähliche Ab-

nahme der Sehschärfe (ohne begleitende Entzündung!) anfänglich nur bei Tage, später auch Abends bei künstlicher Beleuchtung; *Pat. sahen alles wie durch einen Nebel.* *Befund:* Lider, Thränenorgane vollständig normal, Bulbi blaß; *in beiden Corneae in der Mitte, entsprechend dem Lidspaltenbezirke, eine äusserst zarte, graugrünliche, unscharf begrenzte Trübung von der Form eines liegenden Ovals,* das in der Horizontalen jederseits ca. 1 mm vom Limbus entfernt aufhört; Oberfläche der Hornhaut über der Trübung matt, chagriniert; bei Loupenvergrößerung erweist sich die Trübung als aus kleinsten, dicht aneinander gelagerten, oft gruppenförmig angeordneten, durchsichtigen, daher mit der Pupille als Hintergrund schwärzlich erscheinenden Bläschen zusammengesetzt, welche in einem gleichmässig graugrünlchen Grunde ganz oberflächlich liegen. *Therapie:* Massage mit Borvaseline. *Verlauf im Frank-schen Falle:* *Allmähliche Abnahme der Trübung an In- und Extensität, verbunden mit entsprechender Zunahme des Visus bis zum Normalen, überhaupt völlige Restitutio ad integrum, allerdings erst nach ca. 2 Jahren.* Es handelt sich also hier nicht um eine „Entzündung der Hornhaut“, sondern um eine *nicht entzündliche, eigenartige Veränderung des Hornhautepithels*, die zu den G. zu rechnen ist, analog anderen Affectionen der Augen, wie Hornhautveränderungen der Arbeiter in Anilinfabriken, bandförmige Hornhauttrübung der Tuchscheerer und Hutmacher, retrobuläre Neuritis der Arbeiter in Kautschoukfabriken.

(Wiener klin. Rundschau 1899 Nr. 27.)

- Die chronische Schwefelkohlenstoffvergiftung bespricht Privatdocent Dr. Kionka (Breslau). Sie gehört zu den *Gewerbevergiftungen*, und sind ihr namentlich 2 Arten von Gewerbetreibenden besonders ausgesetzt: die *Arbeiter in Oelfabriken*, wo der Schwefelkohlenstoff zum Lösen von Fetten benützt wird, vor allem aber die *Gummiarbeiter*. In den Gummifabriken verwendet man den Schwefelkohlenstoff zum „*Vulcanisiren*“ des *Kautschouks*, d. h. zu dem Verfahren, welches bezweckt, dem sog. Rohgummi (eingetrocknetes Pflanzenharz) durch Einverleibung gewisser Quantitäten Schwefel die für die Brauchbarkeit des Gummis notwendige Elasticität und Widerstandsfähigkeit zu verleihen; dies kann mittelst reinen Schwefels unter Anwendung von Hitze geschehen, so bei Darstellung des sog. Hart- und Weichgummis. Andere Gummiarten verlangen aber zu ihrer

Herstellung die Kaltvulcanisation mittelst Schwefelkohlenstoffs, wobei die Gummitheile dauernd mit flüssigem Schwefelkohlenstoff benetzt resp. in diesen eingetaucht werden. Hierbei müssen die Arbeiter fortwährend die Dämpfe des leicht flüchtigen Schwefelkohlenstoffs einathmen. Diese Methode ist auch nothwendig bei Anfertigung des „*Patentgummis*“, und da dieses Material von der Elektrotechnik jetzt in grosser Masse gebraucht wird, werden auch die Fälle von Schwefelkohlenstoffvergiftung immer häufiger. Das Bild derselben wurde bisher ziemlich falsch geschildert, meist von Franzosen, die nur kleine, höchst unhygienisch eingerichtete Gummifabriken kannten. Delpsch unterscheidet 2 Stadien, das der Erregung und Depression. Nach Prodromalsymptomen (Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, hin und wieder Erbrechen) stärkere Erregung (Pat. wird auffallend munter und geschwätzig, heftig, zeitweilig fast tobsüchtig), dabei Gliederschmerzen, Schlaflosigkeit, Jucken und Ameisenkriechen, Störungen in der Geschlechtssphäre; nach einiger Zeit dann Symptome der Depression: die Muskelkraft nimmt ab, es folgt tiefe psychische Abspannung, traurige Gemüthsstimmung, auch Stumpfsinn, träumerisches Wesen und Gedächtnisschwäche; die Sensibilität (namentlich in den unteren Extremitäten) erlischt, auch Sprachstörungen, schliesslich event. völlige Demenz. Stadelmann wies zuerst darauf hin, dass diese beiden Stadien durchaus nicht immer deutlich zu unterscheiden sind und zahlreiche Uebergänge vorkommen. Derselbe zeigte auch, dass die auch von Anderen beobachteten *Neuritiden*, die häufig mit degenerativer Atrophie der Muskeln und Entartungsreaction verlaufen, zuweilen eine eigenthümliche Localisation haben, welche auf eine örtliche Einwirkung des Schwefelkohlenstoffs hinweist; so sieht man z. B. bei einem Arbeiter, der bei seiner Beschäftigung immer die Ulnarseite der rechten Hand in Schwefelkohlenstoff eintaucht, eine typische Medianuslähmung auftreten. Ueber die nach Schwefelkohlenstoff auftretenden *psychischen Störungen* herrschte noch grössere Unklarheit, und erst Laudenheimer hat jüngst, sich auf ein grosses eigenes Material stützend, Ordnung in das Chaos gebracht. Er lässt die alten Vorstellungen von einem Excitations- und diesem folgenden Depressionsstadium vollständig fallen und theilt die *Psychosen* in 3 Gruppen: 1. Die *maniakalischen* Formen (einfache und tobsüchtige Manie); 2. Die *depressiven* Formen (darunter die heilbaren Psy-

chosen: deliriöse Form und depressiver hallucinatorischer Wahnsinn, und dann die degenerativen: Fälle mit vorwiegend katatonen Symptomen und acute hallucinatorische Verwirrtheit, die gewöhnlich in Verblöding ausgeht. 3. *Gemischte Formen* (Mischung mehrerer der genannten oder auch Formen mit abortivem Verlauf). Die psychischen Störungen sind direct abhängig von der Gifteinverleibung. Landenheimer schildert den Verlauf derselben folgendermassen: *I. Incubationsstadium*: Dasselbe dauert im Mittel etwas über 4 Wochen, doch bricht die Krankheit meist schon vor Ablauf der 4. Woche nach Beginn der Vulcanisirbeschäftigung aus. Psychosen, die bei Gummiarbeitern nach mehr als 3 monatlicher Vulcanisirthätigkeit ausbrechen, stellen in der Regel nur eine zufällige Coincidenz dar! Es folgt *II. Prodromalstadium*: Schläfenkopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit, fernerhin allgemeine Beeinflussung des Sensoriums, die bald als Schlaftrunkenheit oder rauschartiger Zustand sich kundgibt, zuweilen auch grosse Schwäche in den unteren Extremitäten; auch Erregungszustände theils ängstlicher, theils heiterer Färbung mit zuweilen periodischem Charakter (vorwiegend Abends am Schluss der Arbeit!). Dieses Prodromalstadium verläuft ziemlich gleichartig, ob sich daran eine manifeste Geistesstörung oder eine der *Nervenkrankheiten* anschliesst. Von letzteren beobachtete Landenheimer 14 Fälle, die er in solche mit Symptomen einer *organischen Nervenerkrankung* und in solche mit ausschliesslich *functionell-nervösen Störungen*, den eigentlichen „*Schwefelkohlenstoffneurosen*“ eintheilt. Von den nervösen Symptomen subjectiver Art sind Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und die schon erwähnte Müdigkeit der Glieder zu nennen. Von objectiven lassen auf eine organische Nervenerkrankung schliessen: Trägheit oder Starre der Pupillen, Facialis- oder Hypoglossusparese, Fehlen der Sehnenreflexe, Blasenlähmung, circumscribte Sensibilitätsstörungen und Lähmungen, die auf das Gebiet einzelner peripherer Nerven beschränkt sind, Entartungsreactionen, Muskelatrophieen und Ataxie. Die 2. Gruppe der functionell-nervösen Störungen umfasst ungefähr folgende: Pupillendifferenz und auffallende Weite der Pupillen bei erhaltener Reaction, Steigerung der Sehnenreflexe, gesteigerte elektrische und mechanische Muskeleerregbarkeit, motorische Schwäche der unteren Extremitäten, Verlust der rohen Kraft, Unsicherheit oder Schwanken beim Gehen, Sensibilitätsstörungen, die unabhängig von dem Ausbreitungsgebiet peripherer Nerven sind, Zittern der

Hände und Zunge, fibrilläre Zuckungen der Muskeln. Hieran schliessen sich noch *Störungen der Specialsinne*: Schwerhörigkeit und Taubheit können auftreten, ebenso Augenstörungen: Veränderungen am Augenhintergrund, in früheren Stadien Neuritis, später Atrophie. Sowohl bei den Nervenkrankheiten, als auch bei den Psychosen treten auch regelmässig noch gewisse *allgemeine somatische Störungen* auf: stets Pharyngitiden, Bronchitiden, Affectionen der Verdauungsorgane (namentlich hartnäckige Obstipation!), oft neben chronischer Milzschwellung, häufig ferner Anämie, Arrhythmie des Herzens, Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses, bisweilen Steigerung des Geschlechtstriebes, später verminderte Potenz, Unregelmässigkeiten der Menstruation. Die *Therapie* aller dieser Erscheinungen besteht, abgesehen von einigen symptomatischen Maassnahmen, lediglich in Entfernung des Pat. aus der giftigen Atmosphäre. Viel kann *prophylaktisch* geschehen, so durch Anbringung grosser Exhaustoren und anderer Schutzvorrichtungen, die Laidenheimer angiebt.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 Nr. 17.)

Gonorrhö. Ueber die Verwendung des Protargol an Stelle des Argent. nitr. bei der Credé'schen Einträufelung macht Dr. F. Engelmann (Bonn, Univers.-Franklinik) Mittheilung. Es wurde bei 100 Neugeborenen 20%ige Protargollösung (die an desinficirender Kraft etwa 2% Arg.-Lösung entspricht) eingeträufelt, die sich im Vergleiche zu letzterer als *durchaus reizlos* erwies, sodass Autor ihr den Vorzug zuspricht. Bei 80% der Fälle zeigte sich *gar keine Secretion oder ganz mässige*, die *bereits am 2. Tage wieder verschwand*; *Secundärkatarrhe*, bei Argent. recht häufig, stellten sich *in keinem einzigen Falle* ein. Dabei macht Protargol keine nicht zu entfernenden Flecke in der Wäsche, die Lösung ist wegen geringerer Zersetzbarkeit lange brauchbar, und der Preis kein sehr hoher.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 Nr. 90.)

— Die Behandlung der Blennorrhoea vulvo-vaginal. infant. mit Protargol empfiehlt Dr. Bouvy auf Grund von Versuchen, die er mit Protargol, Kal. permang. (1:1000), Wasserstoffsuperoxyd (10%) und anderen Mitteln anstellte, die er sämmtlich 3 Mal täglich injicirte. *Protargol reizte am wenigsten, schmerzte am geringsten und wirkte dabei am sichersten und schnellsten.* Autor injicirte 3 Mal täglich an-

fangs eine Lösung von 1:1000, stieg dann auf 1—2 $\frac{1}{2}$ ige und erzielte von 12 behandelten Fällen (6 mit, 6 ohne Gönokocken) 10 Mal vollständige Heilung, wobei sich die Behandlungsdauer auf weniger als 7 Wochen, im Durchschnitt auf 30 Tage (bei Kal. permang. 80 Tage!) erstreckte.

(Inaug. Dissert. Paris 1899.)

- Die ambulante Behandlung der gonorrhoeischen Epididymitis ist für manche Pat. äusserst wichtig, weil die ungehinderte Berufserfüllung und die Geheimhaltung* des Leidens durch sie gewährleistet wird. Diese ambulante Behandlung ist nach den Erfahrungen von Dr. O. Werler (Berlin) in der Mehrzahl der *gutartigen, normal verlaufenden, nicht complicirten Fälle* auch von genügender, günstigster Wirkung und sie lässt sich durchführen mit Hilfe eines praktisch construirten *scrotalen Gehverbandes*, der eine sichere Fixation und Immobilisirung, sowie Elevation und Suspension, endlich eine zweckmässige Compression des Nebenhodens bewirkt, also sämtliche für die Heilung des Leidens erforderlichen Bedingungen erfüllt. Alle nach dem System Langlebert construirten Suspensorien eignen sich dazu; Werler bevorzugt die *Suspensorien nach Langlebert* des Instrumentenmachers A. Nicolai*) wegen seiner gediegenen Ausführung und seines billigen Preises. Der Gürtel oder Leibgurt hat eine Breite von 4 cm und wird mit einer kräftigen Schnalle wagerecht zwischen Darmbeinkamm und grossem Trochanter befestigt. An dem Gurt befindet sich der Tragbeutel mit einer für den Penis bestimmten Öffnung angeheftet. Vermöge der beiden Schenkelriemen, die lateralwärts an dem Gürtel durch Schnallen fixirt werden, wird der Tragbeutel von seitlichen Verschiebungen bewahrt und in der Darmgegend festgehalten. Die eigentliche Suspension wird durch 2 vordere, mit Oesen versehene Tragbänder besorgt, welche zu beiden Seiten des Beutels angebracht sind und nach Belieben mit geringerer oder stärkerer Zugkraft in die beiden am Bauchgurt befindlichen metallenen Haken eingelassen werden können. Durch geeignete Benützung dieser Tragbänder oder Schnürzügel wird dem Beutel zugleich die Wirkung eines Compressivsuspensoriums zu Theil. Von grosser Wichtigkeit ist die vorherige, sorgsame Einwickelung des Scrotums und vorzugs-

*) Berlin, Linienstr. 127, in 4 Grössen geliefert (Nr. 0, 1, 2, 3, die beiden ersten die gangbarsten) zum Preise von M. 1.50.

weise die bequeme Lagerung und Umhüllung der kranken Epididymis mit Hilfe einer genügenden Schicht Verbandbaumwolle, am besten von der Grösse eines Quartheftes, die mit der einen Kante nach dem Damm, mit den beiden zunächst befindlichen Kanten auf die Leistengegenden zu liegen kommt, während mit dem übrigen Stück die Schambeingegend und Peniswurzel auswattirt wird. Ueber die Watte kommt ein Stück Guttaperchapapier, sodann der Tragbeutel. Pat. soll nach passender Anlegung keinerlei Schmerz oder Unbehagen verspüren, sondern schmerzfrei und ohne alle Beschwerden sein! *Contraindicirt* ist die Methode bei den nicht häufigen Erkrankungsformen, wo infolge von äusserst starken neuralgischen Symptomen des Hodens und Samenstranges, von unerträglichem Leistenschmerz, selbst ein leiser Druck des Suspensoriums nicht vertragen wird, bei enormer Funiculitis, bei ausgedehnter Hydrocele, bei Abscedirung Tuberculöser, bei Peritonitis und acuter Prostatitis, wo überall Bettruhe durchaus nothwendig ist. Die im acuten Stadium der Epididymitis fast immer vorhandenen Fieberscheinungen bekämpft Autor sofort mit *Salipyrin* (3 Mal tägl. 1 g) oder noch häufiger durch *Natr. salicyl.* (3—5 g pro die), besonders gern in Form der *Mixtura antirheumatica**) (Berliner Magistralformel); von letzterem Mittel sah er in der That bisweilen einen auffallend günstigen Einfluss sowohl auf das Allgemeinbefinden, als auch auf die localen Symptome. Selbstverständlich lässt man Pat., bei denen Zeit und Erwerb keine Rolle spielen, die floride Entzündung im Bett durchmachen, um dann erst zum Suspensorium überzugehen. Bei bedeutenderem Entzündungsgrad werden Nachts Eiswassercompressen gemacht. Gegen die nach dem Aufhören der entzündlichen Schwellung zurückbleibenden Infiltrate sind feuchtwarme Umschläge, im Suspensorium mit Gazecompressen applicirt und mit Guttaperchapapier bedeckt, sehr wirksam. Wiederholt gelang es Werler so, noch sehr veraltete, Jahre lang bestehende Verhärtungen zu beseitigen resp. erheblich zu verkleinern (Therapie jedoch viele Wochen fortzusetzen!). Zum Zwecke einer schnelleren Verkleinerung des Exsudates bedarf es gleichzeitig resorbirender Medicamente, und wendet jetzt Autor mit Vorliebe das *Jodvasogen* (6 0/0 oder 10 0/0, je nach Empfindlichkeit

*)

Rp. *Natr. salicyl.* 10,0
Tct. aurant. 5,0
Aq. dest. ad 200,0
 S. 4 Mal tägl. 1 Esslöffel.

der Scrotalhaut) an, mit dem er mehrmals täglich pinseln lässt; das Mittel wird zur Zeit an Resorptionswirkung von keinem anderen übertroffen.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 8.)

- Die externe Application von Methylsalicylat bei frischer Epididymitis gonorrhoeica kann Privatdoc. Dr. Bettmann (medicin. Klinik Heidelberg) auf Grund von 12 Fällen insofern empfehlen, als diese Behandlung *prompt die Schmerzen beseitigt*. Von einer Mischung von 1 Theil Methylsalicylat auf 2 Theile Ol. Olivar. werden 6—8 ccm auf ein Stück nicht entfettete Watte gegossen und diese aufs Scrotum gelegt, darüber Guttaperchapapier und ein Suspensorium. *Verbandwechsel alle 12 Stunden nur*, Verfahren also zur Schmerzlinderung viel bequemer, als andere Methoden (z. B. Umschläge mit essigsaurer Thonerde). Nach 3—4 tägiger Anwendung konnte Autor stets damit aufhören und zum regulären Druckverband übergehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1899 Nr. 38.)

- 2 Fälle isolirter blennorrhoeischer Erkrankung paraurethraler Gänge beschreibt Dr. Max Reichmann (Chicago) aus Prof. Pick's dermatolog. Klinik. Im 1. Falle bemerkte Pat. 14 Tage post coit. ein Geschwür an der Unterfläche des Penis, das beständig Eiter secernirte. Es war nun hier in der Medianlinie ca. 1 cm vom Präputialrand entfernt ein erbsengrosses Infiltrat mit kraterförmiger Oeffnung vorhanden, das, wie die Prüfung ergab, sich in einen ca. 2 cm langen, 3 mm dicken, derben Strang fortsetzte, welcher letzterer in einem kleinen derben Knoten endigte. Aus der Oeffnung liess sich ein stark gonokokkenhaltiges Secret herauspressen, aus der Urethra dagegen keines, auch war der Morgenurin völlig klar und frei von Fäden. *Mittels Schleich'scher Anästhesie Exstirpation des ganzen Ganges*. Heilung nach 8 Tagen. Auch in dem 2. Falle lag eine solche isolirte Erkrankung von paraurethralen Gängen vor. Man kann wohl in derartigen (ziemlich seltenen) Fällen sich den Vorgang so erklären, dass beim Coitus *infectirendes Secret nicht nur in den Gang, sondern auch in die Urethra selbst hineingelangte, aus letzterer aber durch Uriniren sehr bald entfernt wurde, auch in seiner Virulenz so herabgesetzt ist, dass es erst nach längerem Verweilen in den Gängen sich als G. manifestirt*.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1899 Bd. 49 Heft 1.)

Helminthiasis. Ist Chloroform ein Bandwurmmittel?

Diese Frage erörtert Prof. Leichtenstern (Köln), der trotz der sicheren Erfolge, die er mit Filixextract in hunderten von Fällen erzielt hat, doch in der letzten Zeit, bewogen durch die Mittheilungen über die Gefährlichkeit dieses Mittels, es mit anderen Bandwurmeuren versuchte. Vielfach ist zu solchen das *Chloroform* empfohlen worden, so von Gräser (medicin. Poliklinik in Bonn) 1893, der 37 Fälle von *Taenia solium* sämmtlich damit erfolgreich behandelte und nur in 1 Falle (*Taenia saginata*) nichts erreichte. Er gab:

Rp. Chloroform 4,0
Ol. Croton. gtt. I
Glycerin. 30,0
S. Auf einmal zu nehmen.

Thomson empfahl:

Rp. Chloroform. 4,0
Syr. simpl. 35,0
S. In 3 Portionen (um 7, 9, 11 Uhr)
zu nehmen (Nachmittags dann 90 g
Ol. Ricini.)

Leichtenstern behandelte nun 13 Fälle von *Taenia saginata* bald nach Gräser, bald nach Thomson. Nur in 1 Fall gelang es ihm, den Kopf abzutreiben, bei den anderen gingen nur Proglottiden, und auch die selbst nur spärlich ab. Auch als ungefährlich erwies sich das Mittel nicht. Abgesehen von Erbrechen, Schwindel, Kopfweh, die sich meist zeigten, beobachtete Autor *mehrmals starke Schlafsucht* und 2 Mal *bedenkliche Collapse*. Möglich, dass Chloroform bei der leichter abtreibbaren *Taenia solium* wirksamer ist, wir haben hier aber durchaus nicht nöthig, das nicht ungefährliche Mittel anzuwenden, da hierzu das, wie es scheint, *gefährlose Koso*, in der bequemen Form des *Kosins* oder der *Kosotabletten* vollkommen ausreicht. Auch *Thymol* (2 g pro dosi, 4—5 Mal Tags über in 1—2 stündl. Intervallen) versuchte Autor in 14 Fällen, erzielte aber in keinem Abgang des Kopfes.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 Nr. 9.)

- Ueber Giftwirkungen des Extract. filic. maris aether. und ihre Verhütung lässt sich Prof. Dr. E. Grawitz (Charlottenburg) aus. Bei Beachtung sehr zahlreicher Pat. ist derselbe zur Ueberzeugung gelangt, dass die toxische Wirkung des Extracts sich auf viel mehr Organe erstreckt, als man früher annahm, wobei sich ihm gleichzeitig mehrfache,

auf die Prophylaxe der Giftwirkung bezügliche Erfahrungen ergaben.

1. *Die Giftwirkung des Extracts aufs Nervensystem* ist sehr vielseitig und am längsten bekannt. Neben leichten Erscheinungen, wie Nausea, Schwindel, Zittern, Ohnmacht, kommen schwere Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Delirien vor, die in Coma und Exitus letalis übergehen können. Reizungen des Sympathicus mit Erweiterung der Pupillen und Contraction der retinalen Arterien sind von verschiedenen Autoren beobachtet worden und können vielleicht in ursächliche Beziehung zu der nicht selten nach Filixintoxication auftretenden Opticusatrophie gebracht werden. Vorübergehendes Auftreten vom Ambyopie und Amaurose sind mehrfach nach Filixcuren beobachtet worden. Ueber Hypersecretion der Speichel- und Thränendrüsen liegen ebenfalls Mittheilungen vor.

2. Das *Blut* wird in vielen Fällen derartig alterirt, dass rothe Blutkörperchen zerstört werden, zur Auflösung wahrscheinlich vorzugsweise in der Leber gelangen und zu *Icterus* führen.

3. *Gastro-intestinale Katarrhe* treten nicht selten auf.

4. Von Seiten der *Nieren* sind entzündliche Erscheinungen bei sonst gesunden Menschen selten, bestehen dagegen ältere entzündliche Veränderungen in ihnen, so kann das Extract eine Verschlimmerung hervorrufen. So beobachtete Autor in letzter Zeit nach Gaben von 10 g bei 2 Potatoren mit chronischer, parenchymatöser Nephritis erhebliche Zunahme des Eiweissgehaltes bei dem einen, eine geringere bei dem anderen, ohne nennenswerthe Vermehrung der Epithelien und Cylinder; der Eiweissgehalt ging nach 2 Tagen wieder auf den Status quo ante zurück.

5. Aehnlich auch bei der *Leber*. Dass dieses Organ in gesundem Zustande durch Filixextract eine Schädigung erleiden kann, ist möglich; dass aber eine schon krankhaft afficirte Leber z. B. bei einem Potator, eine Verschlimmerung erfahren kann, hat Autor selbst vielfach beobachtet.

Die *Dosis des Mittels* ist bei der Frage nach der Giftwirkung nicht von ausschlaggebender Bedeutung (man giebt es Erwachsenen 8—10 g, Kindern über 6 Jahren die Hälfte). Wichtig ist das Vermeiden öligter Abführmittel und Vehikel, da die giftige Filixsäure darin besonders leicht zur Resorption gelangt. Ein noch wichtigeres Ergebniss der toxikologischen Untersuchungen ist aber die Beobachtung, dass *jede Schwächung eines einzelnen Organs und ebenso jede all-*

gemeine Schwächung des Organismus vor der Filixcur die Gefahr einer localen oder allgemeinen Giftwirkung erhöht. Deshalb sollte auch bei Einleitung der Filixcur alles vermieden werden, was den Organismus schwächen kann, und das ist vor allem die übliche „Vorbereitungscur“. Wenn man Tags vorher den Pat. aushungern lässt, am nächsten Morgen ihn abführen lässt und dann das Extract nüchtern verabfolgt, so muss in einem derartig präparierten Darm Resorption und Giftwirkung sehr erleichtert sein, und wenn man bedenkt, dass viele Menschen schon auf mässige Nahrungsentziehung mit Schwindel, Kopfschmerz etc. reagiren, so wird man sich nicht wundern, dass sich die Filixvergiftung so häufig die Nerven zum Angriffspunkt wählt. Autor verzichtet seit Jahren auf jede Vorbereitungscur und hat seitdem (in weit über 100 Fällen) weder Icterus noch andere schwere Intoxicationerscheinungen gesehen bei ganz prompter Wirkung des Bandwurmmittels; die Pat. nehmen dasselbe, nachdem sie Tags vorher wie gewöhnlich gelebt und am Morgen Carlsbader- oder Bittersalz auf nüchternen Magen erhalten haben (bisweilen verzichtet Autor auch darauf) und tüchtig abgeführt haben, mit Kaffee.

(Münchener medic. Wochenschrift 1890 Nr. 38.)

Hernien. Zur Taxation eines Unfallbruches schreibt Prof. Th. Kocher (Bern): „Am 25. IV. 99 Mittags wurde uns ein junger Mann von Dr. Ganguillet (Burgdorf) zugeführt mit einem seit 24 Stunden eingeklemmten linksseitigen Leistenbruch. Dieser hatte sich *beim Heben einer schweren Last* nach Angabe des Pat. plötzlich gebildet, während er vorher nicht die geringste Veränderung in der Leisten-*gegend* wahrgenommen hatte. Durch Taxisversuch hatte der Arzt den über wallnussgrossen Bruch bis auf Kirschgrösse verkleinern können, aber die Einklemmungssymptome waren nicht zurückgegangen. Pat. hatte sofort heftige locale Schmerzen bekommen und dieselben haben bis jetzt angehalten. Erbrechen ist auf Genuss von Nahrung aufgetreten, Urin- und Stuhlabgang sistirte. Abdomen nicht schmerzhaft, wenig aufgetrieben. Cyanose und Kälte der Extremitäten. Die sofortige Operation ergab folgendes interessante Verhalten: Der Bruch, wie schon durch die klinische Untersuchung hatte festgestellt werden können, ist ein rein interstitieller Bruch; der vordere Leistenring ist frei, die Geschwulst wölbt die vordere Leistenwand vor. Nach Spaltung derselben tritt die Gewulst auf leichten Zug in Ei-

grösse zu Tage und lässt sich leicht sammt dem Peritoneum und dem Einschnürungsring emporziehen. Sie ist elastisch gespannt. Die Einschnürung ist stramm und wird durch eine Stelle des Bruchsacks selber gebildet, der stramme Schnürring hat 2 etwas anämische Schnürfurchen auf dem vorliegenden Dünndarm zu Wege gebracht. Nach Spaltung des Schnürringes lässt sich aber der Darm noch nicht reponiren und es zeigt sich derselbe ca. $1\frac{1}{2}$ —2 cm höher nochmals festgehalten durch eine derbere Stelle im Bruchsack, und erst nach weiterer Spaltung aufwärts kann der noch gut ernährte, wenn auch stark blutig infiltrirte Darm, der flüssigen Inhalt zeigt, leicht reponirt werden. Der aufgeschnittene Bruchsack zeigt nun 3 „Jahresringe“ d. h. er zeigt an 3 Stellen eine leistenförmige Erhebung mit bindegewebiger Verdickung, die erste an der vorderen Haupteinklemmungsstelle, die zweite $1\frac{1}{2}$ —2 cm höher und die dritte noch etwas weiter oben. Derartige *circuläre Verdickungen des Bruchsacks* weisen daraufhin, dass der Bruchsack mit der betreffenden Stelle eine Zeit lang in der Bruchpforte lag und hier einer mechanischen Schädigung durch Druck, Reibung und Zerrung ausgesetzt war, bis infolge weiteren Andrängens von Eingeweide die vorhandene Peritonealbedeckung für den Bruchinhalt nicht mehr genügte und die verdickte Stelle des Peritoneums weiter nach vorne geschoben wurde, um einem noch intacten Theile des Peritoneums hinterhalb Platz zu machen. Dann geht die Schädigung des neu eingelagerten Peritoneumtheils durch Reibung und Druck wieder in gleicher Weise vor sich, und es bildet sich eine zweite bindegewebige Verdickung und bei Wiederholung eine dritte etc. *Aus den „Jahresringen“ kann man die verschiedenen Phasen ablesen, innerhalb welcher sich der Bruch allmählig entwickelt hat und daraus mit aller Sicherheit schliessen* — und wir halten das für ein sehr wichtiges Kriterium — *dass man es nicht mit einem frisch gebildeten, sondern mit einem altem Bruchsack zu thun hat.* Für diese Auffassung sprach in unserem Falle noch der Befund einer Verdickung des Bruchsacks in toto und eine ziemlich erhebliche Verwachsung desselben mit dem Samenstrange, von dem er gewaltsam losgetrennt werden musste. Wenn also in einem Falle wie der vorliegende die Frage an den Arzt gestellt wird: handelt es sich um einen Unfallbruch in Kaufmann's Sinn, d. h. um einen Bruch, welcher ganz frisch infolge einer Anstrengung ausgetreten ist, so können wir entgegen noch so bestimmter Behauptung des

Pat., dass er niemals vorher etwas von Hernie bemerkt habe, mit Sicherheit erklären: Nein, der Bruch besteht schon lange, und zwar nicht nur im Sinne einer Bruchanlage, sondern eines wirklichen Bruches, den ein aufmerksamer Beobachter ganz wohl hätte feststellen können. Die mehrfachen Verdickungsringe sind dafür vollgültiger Beweis. Aber ganz anders wird unsere Antwort lauten, wenn die Frage gestellt wird: hat die Anstrengung beim Heben einer schweren Last bei dem Pat. einen Unfall zur Folge gehabt oder nicht? diese Frage würde ich ebenso bestimmt bejahen, wie ich die obige verneine, und der vorliegende Fall ist ganz geeignet, einige Punkte ins Licht zu stellen, welche für die Entscheidung über den Unfall maassgebend sein müssen. Einmal hat sich der Bruch eingeklemmt sofort nach der Anstrengung, und zwar unter besonders starken localen Schmerzen, welche seither angehalten haben. Dann konnte der Arzt den Bruch durch seinen Fingerdruck noch ganz erheblich reduciren, sodass der wallnussgrosse Bruch bloss noch kirschgross war. Die Operation zeigte, dass es sich nur um eine Scheinreposition gehandelt hat. Denn sobald die vordere Leistenwand gespalten war, trat der Bruch in seiner vollen Grösse sofort wieder zu Tage. Er war also bloss zurückgeschoben sammt dem Peritoneum hinter die vordere Bauchwand und lag daselbst properitoneal, eingeklemmt, wie er vorher war. Die Operation zeigt ferner, dass die Einklemmung am vordersten Verdickungsring stattgefunden hatte, an der Stelle, welche zuerst und viel früher in der Bruchpforte gelegen war. Es ist anzunehmen, dass eine ziemliche Gewalt dazu gehörte, um eine grössere Darmschlinge durch diese enge und in der Bruchpforte nicht mehr fixirte, also bis zu einem gewissen Grade bewegliche Stelle hindurchzutreiben. Aber einmal hier eingeklemmt, blieb sie auch beweglicher sammt dem Schnürring, als dies bei anderen Brüchen der Fall war, und konnte deshalb leichter sammt Bruchsack zurückgeschoben werden. Die Einklemmung innerhalb des Bruchsackes, aber nicht im Bereich der Bruchpforte und die damit zusammenhängende Reponibilität en masse scheint mir für das traumatische Zustandekommen der Einklemmung zu sprechen, d. h. für ein plötzliches Durchtreten einer grösseren Darmschlinge durch eine enge Stelle des Bruchsackes, welche bei langsamerem Andrängen der Eingeweide wie die früheren Male bloss vorgetrieben worden wäre unter Bildung eines neuen Verdickungsringes. Das *Gutachten* hätte also zu lauten: N. N. hat infolge einer

ungewöhnlichen Anstrengung einen Unfall erlitten, bestehend in stärkerem Austritt und daher Einklemmung eines schon lange bestehenden und sich bis anhin bloss langsam und ohne wesentliche Störungen in grösseren Perioden vergrössernden Bruches.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 17.)

- Eine eigenartige Form von Hernia cruralis (praevascularis) im Anschluss an die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung beobachtete Narath in 12,3 % seiner Fälle. Die H. beginnen dicht unter dem Lig. Pouparti und parallel mit ihm als eine leichte Vorwölbung von länglicher Gestalt. Die Vorwölbung ist beim Liegen, Gehen oder Stehen nicht zu sehen und erscheint erst, wenn das Kind presst oder hustet. Die H. ziehen vor der Arter. und Vena femoral. und dem N. cruralis nach abwärts, die Bruchpforte liegt unter dem Ligam. Pouparti und muss sehr eng sein, da Autor noch nie in dieselbe mit dem Finger einzudringen vermochte. Die H. haben Tendenz zum Grösserwerden. Als *Aetiologie* sind ausser den an und für sich bei angeborener Hüftverrenkung veränderten topographischen Verhältnissen die *Dehnung der Gewebe bei den Repositionsmanövern* und die *durch den Gypsverband bedingte Atrophie der Muskeln* anzusehen.

(Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 59 Heft 2.)

- Hyperidrosis.** Feingepulverte Borsäure gegen Fuss-schweiss verwendet seit Jahren Dr. Ris (Rheinau), und das einfache Mittel versagte in keinem Falle. Das Pulver wird *mit der Hand in die Fusshaut eingerieben*, einige kleine Prisen auch in Strümpfe, event. auch Schuhe gestreut. *In leichten Fällen genügt 1 malige Application auf Monate hinaus*, sonst Wiederholungen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 13.)

- Ueber Schweissfussbehandlung mit Hebra'schem Pflaster schreibt Dr. C. Lederer (Vinica): „Nach langjährigem eigenen Leiden an Fuss-schweissen hat mir vor mehr als 40 Jahren Hebra dieses Mittel angerathen, und nach dem glänzenden Erfolg, den ich bei mir hatte, habe ich es unzählige Male in meiner 40jährigen ärztlichen Thätigkeit mit demselben günstigen Erfolge angewendet. In der Arzneimittellehre von Rabow-Bourget ist die Behandlung und

Vorschrift der Fertigung der Salbe folgendermaassen angegeben:

Rp. Emplastr. Lithargyr. comp.

Ol. Lin. aa 15,0

Liquifact.: S. Auf Leder zu streichen. Das Pflaster ist auf den schwitzenden Fuss zu legen und jeden 3. Tag zu erneuern. Der Fuss wird nach 8–10 Tagen getrocknet, aber nicht eher gewaschen, als bis die folgende Abschuppung vorüber ist (Hebra).

Meine Erfahrung hat mich folgende Aenderung gelehrt: Das Pflaster wird messerrückendick auf einen Fussfleck gestrichen und die Salbe mit den Fingern zwischen und unter die Zehen eingerieben, dann der Fuss in den Fussfleck eingewickelt und ein Strumpf darüber gezogen. Dies wird 8 bis 10 Tage jeden Abend wiederholt, wobei derselbe Fleck und Strumpf bleiben müssen, auch über Nacht nicht abgelegt werden dürfen. Am 10. Tage wird der Fuss Abends gut trocken abgerieben und ohne Strumpf über Nacht gelassen. Nun werden Strümpfe und Fussbekleidung wie sonst getragen und jeden Abend beim Ausziehen der Strümpfe die Füsse mit diesen gut abgerieben, aber erst nach der Abschuppung gebadet. Zeigt sich nach einigen Monaten Sch weiss, so ist die Behandlung noch einmal zu wiederholen.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 Nr. 9.)

Rhinitis. Ferrari wendet bei Ozaena Kreosot local mit Erfolg an, und zwar *abwechselnd den einen Tag Kreosot und Glycerin aa, den nächsten eine schwächere Lösung:*

Rp. Kreosot. 5,0

Alkohol. (70 $\frac{0}{10}$) 10,0

Glycerin. 40,0.

(Rif. medica, Januar 1899 —
Münchenor medio. Wochenschrift 1899 Nr. 39.)

— Die Behandlung der genuinen Ozaena mittelst der permanenten Tamponade empfiehlt von Neuem Dr. Franz Bruck (Berlin) als ebenso einfaches wie ungefährliches Mittel, das, wenn es auch gleich anderen die Ozaena nicht vollständig heilt, so doch wenigstens *die Secreteintrocknung und den Fötor prompt beseitigt und nicht einmal mehr vorübergehend wieder aufkommen lässt.* Das vermag diese Methode allein, weil nur sie *continuirlich* anwendbar und daher jedwede Borkenbildung und damit den specifischen Fötor dauernd zu verhüten fähig ist. Sonst beruht das Verfahren auf Gottstein's temporärer Tamponade. In Beginn

der Behandlung werden auch (ohne Nasendouche) nur mittelst der Gottstein'schen Tamponade die festhaftenden Krusten von ihrer Unterlage losgelöst und durch nachfolgendes Ausschrauben ohne Mühe entfernt; zu gleicher Zeit aber wird darauf in jede erkrankte Nasenseite ein den individuellen Verhältnissen angepasster Streifen von hydrophilem Mull eingeschoben und damit die kranke Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung so locker bedeckt, dass eine vollkommen ausreichende Nasenathmung beiderseits stattfinden kann. Ein solcher Mullstreifen kann auch vorübergehend, aber immer nur auf einer Seite, zwecks energischerer Wirkung durch den Gottstein'schen Wattetampon ersetzt werden, was übrigens, je länger die Behandlung mittelst der permanenten Tamponade dauert, infolge der eintretenden Besserung um so seltener der Fall zu sein braucht, sodass man so bald zur ausschliesslichen Anwendung des Mullstreifens gelangt. Dieser, sehr leicht vom Pat. selbst mit Hilfe einer englischen Nasenbougie (am billigsten herstellbar durch Verkürzung einer elastischen cylindrischen Harnröhrenbougie), wirkt einmal als Fremdkörperreiz secretionsanregend, dann aber saugt er das so entstandene flüssigere Secret vermöge seiner hydrophilen Eigenschaft auf und verhindert so principiell dessen Eintrocknung. Sobald daher der Streifen durchtränkt ist (Pat. fühlt das sofort!), muss er sofort durch Schneuzen entfernt werden (darauf durch abermaliges Schneuzen Eliminirung des zurückgebliebenen Secrets und Einführung eines neuen Streifens). Dadurch ist die Möglichkeit einer permanenten, Tag und Nacht stattfindenden Reiz- und Drainagewirkung im Naseninneren gegeben, es kann nie zur Krustenbildung und so nie zu Fötor kommen, ausserdem aber findet so innerhalb der Nasenhöhle die so nothwendige Vorbereitung der Inspirationsluft statt, die in Erwärmung, Anfeuchtung und Reinigung derselben besteht. Auch nicht fötide atrophische Rhinitis (besonders bei abnormer Weite des Nasenlumens) wird am rationellsten nach dieser Methode behandelt. Durch sie werden auch die durch die Schleimhautatrophie als solche bedingten Beschwerden (Kopfschmerzen, Gefühl von Trockenheit etc.), beseitigt und sind diese Beschwerden noch da, so muss, selbst wenn die Secretion bereits beseitigt ist, noch mit der continuirlichen Tamponade fortgefahren werden, bis eben auch die aus der Atrophie der Schleimhaut und der abnormen Weite des Nasenlumens resultirenden Beschwerden gleichfalls geschwunden sind.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 Nr. 74.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Tumoren als Geburtshindernisse bespricht Dr. Benckiser (Karlsruhe). Die Hauptfrage, wenn man bei der Geburt auf Tumoren stösst, ist die: *Ist der Tumor reponibel d. h. aus dem kleinen in das grosse Becken verschiebbar, oder nicht?* Dieser Versuch, die Geburtswege frei zu machen, geschieht am besten in der Wehenpause in Rücken-, Seiten- oder Knieellenbogenlage, und zwar, wenn keine stricte Contraindication etwa vorliegt, *in Narkose*. Ohne letztere muss man viel grössere Gewalt anwenden, es kann zu Quetschung, Torsion, Zerreissung des Tumors mit unangenehmen Folgen kommen. *Gelingt nun die Reposition*, so muss man, *um den Tumor zu fixiren*, den Kopf ins Becken einstellen, *eventuell unter Sprengung der Fruchtblase*. Ist aber die Geburt noch nicht so weit vorgeschritten, dass man die Blase sprengen darf, so kann ein gut aufgespritzter *Kolpeurynter*, der das kleine Becken ausfüllt, den Tumor zurückhalten. Vor sicherer Reposition des letzteren muss jedenfalls die Fruchtblase möglichst geschont werden, eventuell Einstellung des Kopfes ins Becken rasch ermöglicht werden können, da gerade bei Tumoren Nabelschnurvorfälle sehr leicht die Geburt complicirt. *Gelingt die Reposition nicht*, so ist es nöthig, vorerst zu eruiren, ob man es mit einem *cystischen* oder *soliden* Tumor zu thun hat. Ist *ersteres* der Fall (eventuell Probepunction mit feinsten Hohlzahn zur Feststellung erforderlich!), so ist statt einer Punction *breite Incision der Scheide* rathsamer, man lässt dann, je nach dem Befund, *Incision des Tumors, Ausräumung und Vernähung mit den Scheidenmundrändern und Drainage* folgen, oder gleich *Exstirpation des entleerten Tumors von der Scheide aus*. Ist die Neubildung irreponibel und *solid*, so ist es mitunter nicht schwer, sie *in partu von der Scheide aus zu entfernen* (z. B. isolirte Cervixmyome), sonst ist allerdings der vorhergehende *Kaiserschnitt* nöthig.

(Münchener med. Wochenschrift 1890 Nr. 23.)

- Ueber Myom und Gravidität lässt sich Dr. Rosenstein (Breslau) aus, auf Grund eigener Beobachtungen und der Forschungen der neuesten Zeit. Myome stellen bei eintretender Schwangerschaft fast immer eine *recht schwere Complication* dar, indem sowohl der Tumor durch die Schwangerschaft, vor allem aber letztere und namentlich auch die

Geburt durch den Tumor ungünstig beeinflusst werden. Die Frage, ob Myome Ursache der Sterilität sind und einen hemmenden Einfluss auf die Fruchtbarkeit ausüben, unterliegt noch immer der Discussion. Während früher und auch jetzt noch vielfach dieser Zusammenhang behauptet wird, bekämpft denselben namentlich Hofmeier lebhaft, indem er nachweist, dass die Myome selbst an der Sterilität unschuldig sind und auch die Fertilität nicht herabsetzen. Die Thatsache, dass die mit Myomen behafteten Frauen einen grossen Procentsatz zur Sterilität stellen, lässt allerdings keineswegs den Schluss zu, dass der Tumor auch die Ursache der Sterilität ist; denn letztere besteht, wie man vielfach constatirt, 11—15 Jahre ehe sich das Myom nachweisbar entwickelt hat. Man wird aber wohl kaum fehlgehen, wenn man die Fälle, wo der Uterus oder seine Höhle in beträchtlicher Weise difformirt ist, für die Sterilität verantwortlich macht. Man kann sich unschwer vorstellen, dass ein Uterus, dessen Höhle durch ein interstitielles oder submuköses Myom verbreitert und verzogen, oder dessen Schleimhaut, wie ja oft bei dieser Form, entzündlich verändert ist, auch zur Aufnahme und Entwicklung eines Eies nicht geeignet sein kann. Es wird also zum Zustandekommen der Conception mehr als auf die Anwesenheit von Myomen im Allgemeinen auf die Formveränderung und das Verhalten der Uterusschleimhaut ankommen; demgemäss sind auch bei der Sterilitätsstatistik subseröse Myome weniger betheiligt, als submuköse oder interstitielle mit starker Veränderung der Uterushöhle. Die auffallende Thatsache, dass unter den älteren Primiparen eine relativ grosse Anzahl mit Myomen behafteter sich befinden, hat Hofmeier zur Behauptung veranlasst, dass Myome die Conception sogar begünstigen (auch unter Rosenstein's Fällen sind 2 Primiparae jenseits der 40er Jahre); ist das richtig, so thun das nicht die Myome an sich, sondern das mit ihnen einhergehende längere Bestehen der Ovulation und Menstruation. Während Myome in der Schwangerschaft nicht selten ganz erheblich an Volumen zunehmen, übt das Puerperium und vor allem die Lactation einen entgegengesetzten Einfluss aus, sodass in dieser Zeit Myome sich oft verkleinern, ja gänzlich verschwinden können (Autor beobachtete eine Frau, bei der 2 haselnussgrosse, in der vorderen Uteruswand gelegene Myome intra graviditatem bis auf Kartoffelgrösse wuchsen und während der Lactation soweit schwanden, dass kaum die Stelle des früheren Sitzes nachzuweisen war; nach dem

Absetzen waren sie wieder zu constatiren, doch kleiner, als vordem). Dieses Kleinerwerden ist der Ausdruck der puerperalen Involution. Es erscheint nur rationell, jeder schwangeren, an Myomen leidenden Frau das *Selbstnähren des Kindes* dringend anzurathen. Die *Vererbung* spielt bei Myomen eine grosse Rolle (Autor kennt ausser vielen Fällen von Myomen bei Mutter und Tochter eine Familie, wo Mutter, 2 Töchter und 1 Nichte solche haben). Dass Myome nur unter besonderen Verhältnissen die Ursache für die Sterilität abgeben, dass sie die Fruchtbarkeit im Allgemeinen nicht herabsetzen, ist in hohem Grade wahrscheinlich. Aber auch das Umgekehrte, dass vielfache Schwangerschaften und Geburten einen ungünstigen Einfluss auf die Myomentwicklung ausüben, ist vielleicht nicht ohne Berechtigung. Man kann sich wohl vorstellen, dass die Geschwülste, ihre Anlage vorausgesetzt, in Erscheinung treten, wenn der Uterus seiner eigentlichen Function nicht theilhaftig wird. So würde die Thatsache, dass Frauen mit Myom einen so geringen Procentsatz zu den Mehrgebärenden stellen, dahin zu deuten sein, dass durch die secundäre Sterilität den Geschwülsten gewissermaassen für ihr Wachsthum freie Bahn geschaffen wird. Manche Beobachtung in der Praxis deutet darauf hin. Eine Dame z. B., deren Mutter an einem grossen Myom litt, wurde nach Geburt zweier Kinder Wittwe; es entwickelten sich nun im Laufe mehrerer Jahre multiple subseröse Myome, deren Wachsthum stillstand und noch zurückging, als dieselbe nach ihrer Wiederverheirathung von Neuem geboren hatte. Die Vielgestaltigkeit der Myome bringt es mit sich, dass auch der Geburtsverlauf ein sehr variabler ist, und dass sich kaum eine bestimmte Prognose für die Geburt stellen lässt. Jedenfalls stellen die cervicalen resp. retrocervicalen oder die sich im kleinen Becken entwickelnden Myome die schwerste Geburtscomplication dar. Kleine subserös entwickelte Myome in der Corpusgegend bis Kartoffelgrösse machen wohl selten eine Geburtsstörung. Dieselben werden in der Schwangerschaft leicht übersehen, für kleine Theile gehalten und kommen vielfach erst nach der Geburt des Kindes in der Placentarperiode, während die Hand den entleerten Uterus umfängt, zur Cognition. Grössere subseröse Myome, die ja fast immer auch mehr weniger interstitiell sitzen, können durch die Raumbeschränkung ungünstig wirken oder nach der Geburt zu Nachblutungen Veranlassung geben. In ersterem Falle kommt es zu frühzeitiger Geburt, wie 2 von Rosenstein beobachtete Fälle lehren. Mehr

oder weniger heftige Nachblutungen kommen vor und sind erklärlich, wenn die Placentarstelle auf einem Myom sitzt. Wie verlaufen nun die *Geburten bei cervicalen oder retrocervicalen Myomen*? Liegen dieselben im kleinen Becken, sodass der Kopf nicht in dasselbe hineinsteigen kann, so rutscht er ab, und es entwickelt sich eine Falschlage. Aber nicht jedes Myom muss zu einer Dystokie führen; die Natur greift helfend ein, und zwar auf zweierlei Weise, entweder dadurch, dass das Myom bei beginnender Wehentätigkeit durch dieselbe in die Höhe gezogen wird und für die Frucht freie Bahn schafft, oder dadurch, dass die ödematöse Durchtränkung des Tumors eine solche Weichheit erzeugt, dass der Kopf, wenn auch mit einer gewissen Schwierigkeit, passieren kann. Die 1. Eventualität tritt nicht selten schon in der Schwangerschaft durch den wachsenden Uterus an sich ein, wie auch ein von Rosenstein beobachteter Fall zeigt, sodass man trotz der scheinbar schweren Complication doch eine gute Prognose stellen darf. In seltenen Fällen kommt es auch während der Entbindung noch zu einem spontanen Indiehöhesteigen des retrocervicalen Myoms. Beim Ausbleiben des spontanen Indiehöhesteigens hat man auch versucht, den Tumor in Knieellenbogenlage aus dem kleinen Becken ins grosse zu heben, was auch manchmal gelang, namentlich wenn es sich um einen vom unteren Körperabschnitt ausgehenden, bis ins kleine Becken reichenden Tumor handelte. Gelingt diese Procedur aber nicht, kann der Kopf sich nicht einstellen, so kann es unter colossaler Wehenanstrengung nach dem Absterben der Frucht doch noch zur Geburt per vias naturales kommen (Fall von Freund). In einem anderen Falle wurde der Tumor durch den vordringenden Kopf vor die Scheide gedrängt und konnte mit Leichtigkeit entfernt werden, sodass die Entbindung nun leicht von statten ging. Oder es konnte während resp. im Beginn der Geburt das Myom enucleirt werden. Ein Versuch mit der Zange ist bei lebender Frucht gestattet, wenn der Kopf die engste Stelle total oder zum grössten Theil passirt hat; ist die Frucht abgestorben, dann ist selbstverständlich die Perforation mit folgender Extraction am Platze, die aber beide mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft sein können. Um diesen Eventualitäten aus dem Wege zu gehen, hat Autor in einem Falle, wo voraussichtlich eine schwere Entbindung bevorstand, weil der retrocervicale, das Becken zum Theil füllende Tumor während der Gravidität beträchtlich gewachsen war, keine Neigung zu spontaner

Erhebung zeigte und sich auch in Knieellenbogenlage nicht in die Höhe schieben liess, in der 35. Woche der Schwangerschaft die *künstliche Frühgeburt* eingeleitet; zu diesem Vorgehen hatte er sich entschlossen, als er merkte, dass der Kopf sich mit einer gewissen Kraftanstrengung durch Druck von aussen oberhalb der Symphyse ins kleine Becken hineinpresse liess. Die Entbindung ging leicht von statten, hätte vielleicht am Ende der Gravidität auch keine grossen Schwierigkeiten gemacht. Aber das kann man im Voraus keineswegs wissen; auch hier hätte 6 Wochen später der Tumor vielleicht nicht so günstig für den Eintritt des Schädels gelegen, die Grössenverhältnisse des Tumors hätten sich ändern können etc. Die Chancen der Spontanreposition bei Beginn der Geburt sind aber bei künstlicher Frühgeburt ebenso vorhanden, wie am normalen Ende der Schwangerschaft, die Gefahr der Sepsis unter besseren socialen Verhältnissen eine ausserordentlich geringe, der Eingriff unter aseptischen Cautelen ein harmloser gegenüber einer grossen Bauchoperation, die ja sonst eventuell in Frage kommt. Es ist daher durchaus gerechtfertigt, wenn ein grosses Myom den Beckeneingang verlegt, aber weich und compressibel ist, sodass der Kopf ins kleine Becken eingepresst werden kann, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Nach Verlauf des Puerperiums und Stillgeschäfts ist natürlich Entfernung des Tumors nothwendig. Die mehr und mehr um sich greifende Neigung, während der Gravidität zu operiren, bedarf jedenfalls sehr der Einschränkung. Die Veranlassung hierzu ist sehr selten; denn meist verläuft die Schwangerschaft mit nur etwas grösseren Beschwerden als sonst, das Leben bedrohende Erscheinungen treten fast nie auf. Die Geburt aber verläuft oftmals ganz normal und geht auch da, wo man grosse Schwierigkeiten erwartet, oft spontan, wenn auch schwierig, vor sich und kann mit den gewöhnlichen geburtshilflichen Eingriffen beendet werden. Natürlich können auch grosse Schwierigkeiten entstehen; die dann nothwendigen Eingriffen weichen aber kaum von denen ab, die in der Schwangerschaft vorgenommen werden und haben den Vorzug der Erhaltung des kindlichen Lebens. In vielen Fällen erübrigt sich post partum die Nothwendigkeit einer Operation, weil die Beschwerden nicht gross sind, das Klimacterium nahe ist; bei jüngeren Frauen wird man, wo es irgend angeht, selbstverständlich bei der Operation die Geschlechtsorgane zu erhalten suchen.

— Die Beziehung der Laryngitis sicca chronica zur Schwangerschaft bespricht Dr. G. Avellis (Frankfurt a. M.). Mädchen und Frauen leiden viel öfter an Ozaena, als Männer, und auch die *anscheinend* isolirte „Ozaena laryngis et tracheae“ ist bei ersteren häufiger (besonders oft leiden Mutter und Tochter an Ozaena). Da wir jetzt wissen, dass neben der Epithelmetaplasie eine *angeborene Breitgesichtigkeit* der Ozaena zu Grunde liegt, und dass die Mädchen und Frauen viel häufiger das Breitgesicht der Kinder im späteren Leben behalten, als die öfter schmalgesichtigen Männer, so ist es vielleicht nicht gewagt, die Neigung der Ozaena für das weibliche Geschlecht in dessen erbter Breitgesichtigkeit erblicken zu wollen; nicht die Krusten erweitern die knöcherne Nase, wie man früher sagte, sondern die weite Nase des Breitgesichtes bildet den Nährboden für den epithelverwandelnden Krankheitsprocess. Zu dieser Anlage kommt nun nach Avellis Ansicht in der *Schwangerschaft* noch ein *erheblich die Krankheit steigerndes und begünstigendes Moment* hinzu. Bekanntlich können ja Schwangerschaft und Wochenbett katarrhalische und geschwürige Processe der Schleimhäute, besonders Tuberculose, ungünstig beeinflussen. Autor kennt Frauen, die *nur* zur Zeit der Menses an Pharyngitis hypersecretoria leiden, die mit derselben Regelmässigkeit auftritt und verschwindet, wie die Periode. Ferner führt Avellis folgende Fälle an: 35jähr. Frau hat 7 Kinder. Vom 2. Kinde an hatte sie regulär, ganz gleich, zu welcher Zeit die Gravidität auftrat, mit Beginn des 2., 3. oder 4. Monats eine heisere Stimme bekommen, dabei Trockenheit und Krustenbildung im Kehlkopf, die nach Einnahme warmer Getränke und Speisen oft erheblich besser wurde, während Morgens die Stimme meist ganz weg war (die Heiserkeit dauerte bei 2 Kindern mehrere Monate, bei 3 bis zum Schluss der Schwangerschaft). Jetzt ist Pat. wieder heiser und gravid. Befund der übliche: Leichter trockener Nasenkatarrh, untere Muschel atrophisch, einige nicht riechende, kleine Krusten auf der hinteren mittleren und rechten unteren Muschel, Pharyngitis sicca, geröthete, mit Krusten bedeckte, sich nicht vollkommen berührende Stimmbänder, gefaltete und verdickte Hinterwand, Berührung der Taschenbänder bei der Phonation bis auf das hinterste Fünftel, das im Dreieck klafft. Behandlung: Heisse Nasenausspülungen, Einspritzungen von heissem Mentholvaselin in den Larynx. Eine weitere Pat. litt an exquisiter Rhinopharyngitis atrophicans

sicca (non foetida) unter Freibleiben des Kehlkopfs. Autor behandelte sie $1\frac{1}{2}$ Jahre in grossen Zwischenräumen. Bei der 1. Schwangerschaft war sie mehrere Monate heiser gewesen. Als sie zum 2. Male gravid wurde, nahmen nach dem 1. Drittel der Schwangerschaft die laryngealen Beschwerden, Heiserkeit und Athemnoth, zeitweise mit Blutauswurf, so zu, dass bereits Tracheotomie erwogen wurde. Die Krusten mussten schleunigst mit der Zange aus dem Larynx geholt werden. Weitere 4 Fälle sind diesen analog. Avellis hat aber nicht blos *Laryngitis sicca chron. bei Schwangeren mit besonderer Hartnäckigkeit und Schwere entstehen* sehen, sondern auch *Neigung zu einfachen Kehlkopfkatarrhen*, sowie *langen Verlust der Singstimme* schon im 1. Monat (auch ohne objectiven Befund!) — Die *Behandlung der Laryngitis* ist bekanntlich sehr langweilig und wenig aussichtsvoll, doch kann man wenigstens längere Besserungen erzielen, wenn man 2 Forderungen entspricht: *hohe Temperatur der gebrauchten Flüssigkeiten* und *warme flüssige Vaseline*. Oft Irrigationen der so häufig atrophischen Nase nicht zu entbehren. Wegen der Pharyngitis sicca heisse Getränke (namentlich Salzwasser von 30° R.) geboten. Zur Entfernung der Krusten im Kehlkopf resp. Trachea am besten *gewärmtes Mentholvaselin* als Einspritzung. Ist die Krustenbildung in der Nase eine geringe und keine Atrophie vorhanden, Zerstäubungen von warmem Menthol-Süssmandelöl (mittelst Trautmann'schen Oelzerstäubers), ebenso vortheilhaft als Inhalation für den Kehlkopf. Ganz nutzlos sind Adstringentien (Arg. nitr., Tannin, Alaun).

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1899 Nr. 8.)

Tabes dorsalis kann durch eine Verletzung nicht entstehen, wohl aber schwer beeinflusst werden, so etwa lautete ein von Prof. Mendel (Berlin) dem Reichsversicherungsamt abgegebenes *Obergutachten*. Ein 53jähr., jetzt zweifellos an T. leidender Buchhalter wurde 1864 *inficirt*, jedoch angeblich rasch geheilt. 1870 als Kriegsgefangener spürte er zuerst rheumatische Schmerzen in den Beinen. *Am 28. XII. 96 stürzt er infolge Ausgleitens auf der Treppe auf den gepflasterten Fussboden*, wo er bewusstlos liegen bleibt. Neben der bis zum anderen Tage dauernden Bewusstlosigkeit stellt der Arzt Pulsverlangsamung fest und diagnosticirt *Gehirnerschütterung*. Nach einigen Wochen Entlassung aus dem Krankenhaus. *Am 25. I. 97*

Aufsuchen einer anderen Anstalt, wo T. constatirt wird, welche Diagnose Mendel December 1898 bestätigen kann. Derselbe hält es für nicht erwiesen, dass eine Verletzung T. hervorrufen kann. Im vorliegenden Falle sei dies gänzlich ausgeschlossen, da schon 4 Wochen nach dem Unfall ausgesprochene Symptome vorhanden waren und eine solche acute Entwicklung der T. unmöglich sei. Wahrscheinlich sind schon die 1870 empfundenen Schmerzen die ersten Erscheinungen der T. gewesen. Dagegen beweise der Verlauf dieses Falles in Uebereinstimmung mit den bei ähnlichen Fällen gemachten Erfahrungen, dass die bereits vor dem Unfall vorhanden gewesene T. durch denselben recht erheblich in ungünstigem Sinne beeinflusst sei, sodass die durch diese Verschlimmerung bewirkte Erwerbsverminderung auf 80 0/0 zu schätzen wäre.

(Amtl. Nachr. d. R. V. A. 1899. Nr. 6. —
Monatschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 8.)

- **Differentialdiagnostische Bemerkungen über T.** entnehmen wir einem Aufsätze von Dr. S. Kalischer (Schlachtensee): „In erster Linie kann die isolirte Erkrankung der peripherischen sensiblen Bahnen (*Neuritis multiplex*) zu einem Krankheitsbilde führen, das mit T. verwechselt werden kann (*Pseudotabes* oder *Neurotabes peripherica*). Die multiple Neuritis kann durch den Ausfall der zuführenden sensiblen Eindrücke zu Ataxie, zu dem Romberg'schen Phänomen, zum Verlust der Patellarreflexe*) führen; sie kann Sensibilitätsstörungen, Parästhesieen, neuralgische und lancinirende Schmerzen verursachen; allein die multiple Neuritis zeigt auch erhebliche Abweichungen von dem Bilde der T.; sie entsteht durch infectiöse, rheumatische, toxische Einflüsse, wie z. B. durch chronischen Alkoholismus, Dyskrasieen aller Art, ihr Verlauf oder Beginn ist mehr acut und subacut; selten bleiben die sensiblen Bahnen allein betroffen, meist sind auch die motorischen Nervenfasern miterkrankt, und Lähmungen, Atrophieen sind die Folge

*) Man prüfe die Patellarreflexe, indem man den Kranken sich auf einen Tisch setzen lässt, wobei die Beine locker herabhängen; sodann lenke man die Aufmerksamkeit des Kranken ab, indem man ihn zählen, an die Decke sehen oder die in einander geschlossenen Hände kräftig auseinanderziehen lässt (Jendrassik'scher Handgriff). So erzielt man häufig noch den Reflex, der ohne diese Maassregeln zu fehlen scheint. Doch verwechselt man denselben nicht mit zufälligen Erschütterungen.

davon, — Erscheinungen, die zum Bilde der typischen T. nicht gehören. Dazu kommt, dass andere charakteristische Symptome der T., wie Blasenlähmungen, Mangel der Veränderungen der Pupillenweite auf Lichteinfall, Opticusatrophie, gastrische oder andere Krisen bei der multiplen Neuritis fehlen; diese ist wiederum durch die Heilbarkeit, ihre symmetrische Ausbreitung auf die Extremitäten-Enden, sowie durch die häufige Druckempfindlichkeit der peripherischen Nerven ausgezeichnet; auch sind die Schmerzen hier mehr andauernd und lassen die Heftigkeit neuralgischer Anfälle und das Auftreten ganz schmerzloser Intervalle vermissen. — Eine 2. Krankheit, die nicht selten mit T. verwechselt wird, ist die *Dementia paralytica* und die *Tabo-Paralyse* in ihren ersten Stadien. Hier treten mitunter schon vor auffallenden psychischen Störungen der Verlust der Patellarreflexe, Pupillendifferenz oder Lichtstarre, rheumatoide Schmerzen, Sensibilitäts- oder Blasenstörungen in den Vordergrund des Krankheitsbildes. Eine genauere Beobachtung des Kranken wird hier jedoch bald Zeichen aufdecken, die auf das Bestehen der progressiven Paralyse hinweisen, so z. B. Silbenstottern, schwerfällige Sprache, Gedächtnisschwäche, Stimmungsanomalieen (Depression oder Exaltation), melancholisch-hypochondrische Vorstellungen oder Grössenideen, Schlaflosigkeit, Vibriren der Gesichtsmuskeln beim Sprechen und bei Erregung, Apathie; auch wird die Erkundigung bei den Angehörigen eine Veränderung der ganzen Persönlichkeit in ihrem sittlichen Verhalten etc. leicht erweisen lassen. Diese progressive Paralyse zeigt mitunter neben den Erscheinungen einer Läsion der Hinterstränge auch eine solche der Seitenstränge, sodass neben den lancinirenden Schmerzen, Ataxie etc. eine spastische Parese mit Steigerung der Patellarreflexe auftreten kann. Ähnliche Erscheinungen werden wir bei anderen Affectionen mit diffusen Läsionen oder bei einer combinirten System-Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge erwarten müssen. Bei der sogenannten Tabo-Paralyse können die Erscheinungen einer typischen T. Jahre lang dem Ausbruch der Paralyse vorausgehen; allein dieses ist im Grossen und Ganzen selten; in der Regel zeigen sich nur einzelne tabes-ähnliche Symptome in den Frühstadien der Paralyse (so Verlust der Patellarreflexe, Augenmuskellähmung, Pupillenstarre), und in der Mehrzahl der Fälle von Paralyse sind die Patellarreflexe sogar gesteigert. — Eine 3. Affection, die zur Verwechselung mit T. nicht selten Veranlassung

giebt, stellt die *Lues cerebrospinalis* dar. Diese geht von den Meningen nicht selten auf die hinteren Rückenmarkswurzeln und auf die Hinterstränge über und kann alsdann tabes-ähnliche Symptome erzeugen, wie lancinirende Schmerzen, Verlust der Patellarreflexe, Ataxie, und eine gleichzeitige Hirnerkrankung bei Lues kann Störungen, Augenmuskellähmungen, reflectorische Pupillenstarre verursachen. Allein für die Unterscheidung beider Affectionen kommt zunächst in Betracht, dass die T. meist erst 10—20 Jahre nach der syphilitischen Infection zum Ausbruch kommt, während die *Lues cerebrospinalis* schon 1—3—5 Jahre nach der Infection, also noch zur Zeit florider Lues Erscheinungen machen kann; während ferner die T. mehr schleichend und langsam progressiv verläuft, zeigt die Hirnrückenmarksyphilis einen mehr acuten und subacuten Beginn mit schwankendem, remittirendem Verlauf. Dazu kommt, dass die Hirnbetheiligung bei der Lues meist Erscheinungen verursacht, die wir bei T. nicht antreffen, so z. B. Cephalaea nocturna, Schwindelanfälle, apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle, Zustände von Aphasie, Mono-, Hemi-, Triplegie, Neuritis optica, Lähmungen von Hirnnerven, Facialis, Trigemini etc. Derartige Symptome bei T. oder neben Pupillenstarre sollten öfter den Verdacht der *Lues cerebrospinalis* erwecken. In anderen Fällen von Syphilis besteht neben tabischen Symptomen eine Brown-Séquard'sche Halbseitenlähmung oder andere spinale Symptome, wie spastische Lähmungen, diffuse Muskelatrophie u. dgl. Ein anderes Mal äussert sich die Syphilis des Hirn-Rückenmarks durch schwere Neuralgien im Gebiete der Intercostalnerven oder des Trigemini. Dieselben pflegen nächtlich zu exacerbiren und von Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, des Schädels und der Nervenaustrittstellen begleitet zu sein. Endlich giebt uns der Erfolg der antisiphilitischen Cur häufig einen Hinweis darauf, ob eine echte T. oder Syphilis des Rückenmarks den Erscheinungen zu Grunde liegt. — Seltener schon wird eine *Kleinhirnerkrankung* zur Verwechslung mit T. Veranlassung geben; auch bei dieser kann Verlust der Patellarreflexe neben Ataxie vorhanden sein; allein die Ataxie hat hier mehr einen statischen und cerebellaren, als einen locomotorischen Charakter; es besteht ein Taumeln und Schwanken des Oberkörpers schon in Ruhe und ohne wesentliche Zunahme bei Augenschluss. Dazu kommen andere Zeichen des Hirntumors, wie Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, Stauungspapille etc. — Ferner

kann der *Diabetes mellitus* durch eine periphere Neuritis mitunter Parästhesieen, Neuralgieen, Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten, ja selbst Verlust der Patellarreflexe verursachen; auch eine Pupillarstörung (*Accommodationslähmung* oder *Ophthalmoplegia interna*) kommt bei *Diabetes* gelegentlich vor; hier sind die bei der multiplen Neuritis bereits erwähnten Punkte differentialdiagnostisch zu verwerthen. Dabei ist jedoch ins Auge zu fassen, dass eine echte T. auch durch Uebergreifen auf die *Medulla oblongata* neben anderen Erscheinungen, wie Larynxkrisen, Vagusstörungen, Recurrenslähmungen vorübergehend oder dauernd Glykosurie erzeugen kann. — Es giebt noch eine Reihe von Erscheinungen bei der T., die isolirt auftreten oder anderen Erscheinungen der Krankheit vorausgehen und den Anlass zu falscher Deutung geben können. So werden viele Tabeskranken anfangs als *Rheumatiker* angesehen, indem die lancinirenden, neuralgischen Schmerzen als rheumatische gedeutet werden; die Schmerzen können bei T. so sehr den Sitz wechseln, umherziehen und sich ausbreiten, dass manche Tabeskranken zu dem Ausspruch kamen „mir thut alles weh“; und auch eine Exacerbation bei Witterungswechsel und Nässe ist bei Tabeskranken nichts Seltenes. Mitunter leiten auch isolirte hartnäckige *Neuralgieen* (im Gebiete des N. ischiadicus, Trigemini, Plexus brachialis, N. ulnaris) das Bild der T. ein, oder ein Gürtelschmerz wird als *Lumbago* und eine Lumbo-Abdominalneuralgie als irgend eine *Kolik* angesehen. In vielen dieser Fälle wird schon eine oberflächliche Untersuchung die T. oder das Fehlen der Pupillenstarre, das Romberg'sche Phänomen (Schwanken bei Augenschluss) und Sensibilitätsstörungen erweisen. Ein anderes Mal geht eine *Arthropathie* im Hüft-Knie-Fussgelenk lange Zeit der T. voraus und muss durch den schmerzlosen Verlauf auffallen, oder eine Kiefernekrose, spontaner Zahnausfall, spontane Knochenbrücke, ein Mal perforant an Haut oder Schleimhäuten des Mundes, der Nase geben den Anlass, auf T. zu untersuchen. — Die *gastrischen Krisen*, sei es, dass sie mit oder ohne Schmerzen auftraten, werden häufig verkannt, und *renale, vesicale Krisen* werden oft als Steinkrankheiten oder Koliken aufgefasst, ohne dass die tabische Basis erkannt wird. Der Verlust der Potenz, Parästhesieen an umschriebenen Körperstellen, Blasenstörungen können ebenso wie eine Sehstörung Jahre lang als isolirte Erscheinungen der T. vorausgehen.“

(Die ärztl. Praxis 1899, Nr. 18.)

Tuberculose. Ueber die traumatische Hirnhauttuberculose und deren Begutachtung hielt Dr. E. Schäffer (Mainz) einen Vortrag, in welchem er zunächst betonte, dass zur Bestätigung der Diagnose „traumatische Meningealtuberculose“ die Vornahme der Section unerlässlich ist. Schon der Nachweis der stattgehabten Gewalteinwirkung ist bei der Construction des ursächlichen Zusammenhanges durchaus nöthig; es wird sich darum handeln, ob palpable Befunde der Hirnerschütterung mit oder ohne deutliche Verletzungspuren in den weichen Schädeldecken resp. am knöchernen Schädeldach, wie meningeale Blutungen, Contusionsherde in der Hirnrinde, capilläre Apoplexien u. dgl. vorhanden sind. Der Nachweis dieser Befunde wird dadurch erleichtert, dass die Gesamtdauer der Krankheit nur in den seltensten Fällen über 4 Wochen hinaus beträgt, dass also der Exitus noch eintritt zu einer Zeit, in welcher die durch das Trauma unmittelbar veranlassten Veränderungen des Hirns und seiner Häute nicht soweit zurückgebildet sind, dass sie sich unter Umständen dem Nachweise entziehen könnten. Nun giebt es ja freilich reine, uncomplicirte Fälle von Hirnerschütterung, in welchen anatomisch nachweisbare Veränderungen fehlen; dann kann man aber auch nicht Schädigungen des Hirns und seiner Häute supponiren, welche einen günstigen Nährboden für die Ablagerung von Infectionskeimen bilden, von den Bewusstseinsverlust überdauernden Circulationsstörungen u. dgl. sprechen; das sind dann lediglich Hypothesen, für eine forensische Beweisführung unverwendbar. *Ebensowenig, wie sich an eine reine, durch Contusionseffecte nicht complicirte Commotio cerebri eine eitrige Meningitis anschliessen kann, kann sich an dieselbe als mittelbarer Folgezustand eine solche tuberculöser Natur anschliessen.* Legt man nun den durch das Trauma primär entstandenen Läsionen hinsichtlich der Localisation der tuberculösen Infection eine Rolle bei, wozu uns die klinischen und experimentellen Erfahrungen über die Ausbreitung des tuberculösen Processes im Körper entschieden berechtigen, so ergiebt sich als weiteres Moment für die Beweisführung des ursächlichen Zusammenhanges nicht bloss das Auftreten der tuberculösen Krankheitsproducte am Ort der stattgehabten Läsion selbst, wobei natürlich auch die Stelle des Contrecoup in Betracht kommen kann, sondern *die tuberculösen Veränderungen werden am intensivsten und dabei am weitesten vorgeschritten gerade an den durch das Trauma betroffenen*

Parthieen sein, während, je nach dem Bestand der Erkrankung, die benachbarten Gewebstheile noch Tuberkeleruptionen in den ersten Entwicklungsstadien aufweisen können. Der ursächliche Zusammenhang wird um so plausibeler, wenn sich in der Ausbreitung des Processes Verschiedenheiten vorfinden gegenüber den von der spontan sich entwickelnden Meningealtuberculose eingenommenen Praedilectionsstellen. Bei Durchsicht der Litteratur ergiebt sich nun, dass nur 1 Fall von Salis (1888) und die Fälle von Buol und Paulus (1896) Angaben über die durch das Trauma in der Hirnsubstanz resp. in den Hirnhäuten gesetzten Veränderungen enthalten. In dem Salis'schen, 4 Wochen nach einem Sturz vom Dach letal verlaufenen Falle (26 jähr. Pat.) ergab die Autopsie hochgradige Tuberkeleruptionen in der Pia, am dichtesten aber in dem rechten Stirnlappen, der an mehreren Stellen Veränderungen zeigte, welche regressiven Verwandlungsstadien von Blutherden entsprachen. Bei Buol und Paulus ergab die Section tuberculöse Meningitis an der Convexität und als Centrum inmitten sulzigen, durch sehr dichtstehende Knötchenanhäufung ohne Weiteres auffälligen Gewebes (im Gegensatz zu den weniger dichten und mehr zerstreut stehenden Tuberkeleruptionen in der Umgebung) abgesprengte, von sugillirtem Blut umschlossene und in bindegewebiger Eihüllung befindliche Knochensplitterchen, also zweifellose Residuen des Kopftraumas. Wie weit gestattet nun der locale Befund an den Meningen, das Aussehen der Tuberkeleruptionen an sich Rückschlüsse auf die Dauer des Bestehens der Krankheit und somit auf ihr zeitliches Abhängigkeitsverhältniss vom Trauma? Da die Entwicklung des Tuberkelknötchens bereits 3—4 Tage nach Invasion der Bacillen beginnt und andererseits der Tuberkel als graues, durchscheinendes Knötchen nach 12—14 Tagen auf der Höhe seiner Entwicklung steht, die noch etwas früher erreicht werden kann, wenn die Tuberkeleruption in einem stark blutig durchtränkten Gewebe entsteht, so kann man *in allen Fällen, wo eine tuberculöse Meningitis unmittelbar oder einige Stunden nach einem Trauma zum Ausbruch kam, einen ursächlichen Zusammenhang sicher ausschliessen; das Eintreten der Initialsymptome wird mit dem 3.—4. Tage nach stattgehabter Verletzung, die weitere Ausbildung der Erscheinungen bis zum Auftreten sicherer Zeichen einer Meningealerkrankung in den letzten Tagen der 2. Woche zu erwarten sein.* Das zeitliche Zusammen-

treffen von Trauma und Hirnhautentzündung allein (ohne anatomisch nachweisbare traumatische Läsionen des Schädelinhalts) genügt aber, wie gesagt, nicht, um die Abhängigkeit der Erkrankung vom Trauma plausibel erscheinen zu lassen. — Mit Ausnahme der 2 Fälle von Salis und Buol-Paulus, in welchen das Alter der Verunfallten 26 resp. 28 Jahre beträgt, umfasst die Casuistik der traumatischen Meningealtuberculose nur Fälle von *Kindern*. Gerade im Kindesalter aber ist ein zeitliches, rein zufälliges Zusammentreffen in Rücksicht auf die unverhältnissmässig starke Betheiligung dieser Altersklasse an der Morbiditätsziffer der spontanen, i. d. ohne vorausgegangenes Trauma sich entwickelnden Hirnhauttuberculose einerseits, sowie in Rücksicht auf die so häufigen Gewalteinwirkungen, denen der kindliche Schädel ausgesetzt ist, andererseits gar nicht auffällig. Diese Fälle kann man aber noch mehr in Bezug auf die traumatische Entstehungsweise, in Zweifel ziehen, weil die Autopsie Verletzungen hier nie nachwies. Bei den relativ geringfügigen Gewalteinwirkungen, die nur zu kurz dauernden Bewusstseinsstörungen führten, waren palpable Veränderungen traumatischer Natur a priori auch kaum zu erwarten, zumal der kindliche Schädel vermöge seiner Nachgiebigkeit und Elasticität für jene Veränderungen, die als günstige Ansiedelungsstellen für Tuberkelbacillen gelten, wesentlich ungünstigere Verhältnisse darbietet, als der Schädel Erwachsener. Man ist daher überrascht, wenn man in solchen Gutachten liest, dass „die in den erkrankten Lymphdrüsen deponirten Krankheitserreger, welche bisher unschädlich resp. symptomlos im Körper lagerten, durch die Verletzung nach Sprengung des Gefängnisses in die Lymph- resp. Blutbahnen kamen und von da die verletzte Stelle und mit dieser den geeigneten Boden für ihre weiteren Entwicklungsbahnen finden“, während bei der Section weder die „verletzte Stelle“, noch überhaupt Spuren der stattgehabten Verletzung entdeckt worden sind. Schäffer begutachtete nun folgenden Fall: 7jähr. Knabe, nach Aussage der Eltern stets gesund, keine hereditäre Belastung, erhielt am 9. II. einen Schlag auf die Stirn und fiel mit dem Kopf gegen einen Wagen; er erhob sich bald darauf von selbst wieder und wurde nach Haus geführt. Im Laufe des Nachmittags fortwährendes Klagen über Kopfschmerzen, mehrmaliges Erbrechen, das sich auch an den folgenden Tagen wiederholte. Die unbestimmten Krankheitserscheinungen dauerten fort, der am 18. II. ge-

rufene Arzt diagnosticirte Magendarmkatarrh, am 20. II. vermuthete er Hirnhautentzündung, eine Diagnose, die er nach Auftreten charakteristischer Symptome am 23. II. als sicher ansah. Unter steter Steigerung der Symptome Exitus am 1. III. Da der Arzt das Trauma als Ursache ansah, am 3. III. gerichtliche Section mit folgendem Ergebniss: *Völlige Abwesenheit irgendwelcher Verletzungsspuren am Körper und insbesondere an den weichen Schädeldecken, Kopfknochen, Hirn und seiner Häute, aber tuberculöse Basilar-meningitis, zweifelsohne frischen Datums*, wie aus den miliaren und submiliaren grauweissen, durchscheinenden Tuberkeleruptionen von höchstens Stecknadelkopfgrösse zu schliessen war; *verkäste Bronchialdrüsen, in den Lungen disseminirte Tuberkel in allen Entwicklungsstadien, auch in Milz und Leber neben Tuberkeleruptionen jüngerer Datums solche mit käsiger Degeneration; ein tuberculöses Darmgeschwür mit frischen Tuberkeln an den Randparthien, Verkalkung mehrerer Mesenterialdrüsen.* — Die zeitliche Aufeinanderfolge der Krankheitserscheinungen bei dem bis zum Trauma scheinbar gesunden Pat. liess das Trauma ätiologisch durchaus verdächtig erscheinen, trotzdem aber bezeichnete Autor in seinem Gutachten (gemeinsam mit Kreisarzt Dr. Balser) das *Zusammentreffen* als ein *zufälliges*, mit Hinsicht auf das *Fehlen jeglicher traumatischer Producte im Schädel* und auf den Befund des *ganz verschiedenen Alters der Tuberkeleruptionen in den verschiedenen Organen*. Dieser Befund sprach dafür, dass die *Invasion von Bacillen von älteren Herden sich schon lange vor dem Trauma in mehreren Intervallen wiederholte*, und ausserdem existirte ja nach dem Sectionsprotokoll nicht die geringste Berechtigung für die Annahme, dass die letzte Blutinfektion, welche zur Entstehung der Meningitis führte, auf andere Einflüsse, speciell traumatische, zurückzuführen sei, um so weniger, als *Localisation und Ausbreitung des Processes in den Hirnhäuten dem typischen Befund der spontanen Hirnhauttuberculose durchaus entsprach*. Auf dies Gutachten hin wurde auch das gerichtliche Verfahren eingestellt.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 6.)

- Prof. Krönlein stellt einen Pat. vor, bei welchem wegen T. der rechten Niere die Nephrektomie ausgeführt wurde. Der 25jähr. Pat. wurde am 14. III. 99, in äusserst elendem Zustande operirt; er war fast bis zum Skelett abgemagert

und wog nur 38,5 kg. Ein perinephritischer Abscess dehnte sich von der rechten Lumbalgegend bis unterhalb des Lig. Poupart am rechten Oberschenkel aus. Heilung ohne Zwischenfall. Pat. sieht jetzt sehr wohl aus, hat 16 kg zugenommen. — Die *Exstirpation der tuberculösen Niere* gehört nach Krönlein's Erfahrungen zu den *dankbarsten Operationen*. Unter seinen 56 Nierenoperationen finden sich 12 solche Fälle; keiner starb an dem Eingriff, wohl aber ist eine ganze Reihe von Pat. seitdem gesund geblieben.

(57. Versammlung des ärztl. Centralvereins, Zürich 3. VI. 99. — Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 17.)

- Eine Notiz über Behandlung von *Lupus vulgaris disseminat.* mit Guajacol liefert Dr. Funk (Warschau). Das Leiden (*Lupus miliaris*) bildet zweifellos eine *besondere Abart der Hauttuberculose* und entsteht in acuter Weise in Form zahlreicher miliarer, an der Hautoberfläche zerstreuter Knötchen bei Kindern unmittelbar *nach Masern*, seltener nach Scharlach und Windpocken. Die Knötchen wachsen rasch, oft bis Erbsengrösse (selten darüber), bleiben dann aber Jahre lang unverändert (Nachschübe nur ausnahmsweise!). Zahl der Efflorescenzen meist 10—50 (vereinzelt aber viel mehr), die meisten an den Extremitäten, die wenigsten im Gesicht (bleibt oft ganz frei!). Einzelne sind kreisrund, scharf begrenzt, ältere und grössere Knötchen sind (bis $\frac{1}{4}$ cm) flächenartig über das Hautniveau erhaben. Sie sind meist gelbbraun (Apfelgelée), seltener braunroth oder bläulichroth, oft halbdurchsichtig, an der Oberfläche glatt und glänzend, oder auch leicht abschuppend. Einzelne bestehen manchmal aus 2—3 kleinen Knötchen. Sie exulceriren nur ausnahmsweise. Manchmal sind gleichzeitig andere tuberculöse Processe zu constatiren, auch bei Erwachsenen, wo das Leiden auch bisweilen vorkommt. Funk berichtet nun von 2 eigenen Fällen. Den 1. behandelte er 1897. Der 3 jährige, gut genährte Knabe erkrankte unmittelbar nach Masern, d. h. vor 1 Jahr; an Rumpf und Extremitäten ca. 30 erbsengroße braune Knötchen, etwa $\frac{1}{4}$ cm erhaben; am Septum cutaneum nasi 2 kleinere exulcerirte Knötchen. *Pinsetungen von reinem Guajacol*. Nach 2 Monaten sämtliche Knötchen verschwunden mit Hinterlassung seichter weisser Narben. Fall 2, 1899 beobachtet, betraf ein 3 jähr. Mädchen, das vor $\frac{1}{2}$ Jahr nach Masern an Lupus erkrankte. 16 bis erbsengroße typische Knötchen an Rumpf und Extremitäten; an der linken Wange eine 10 pfennigstückgrosse, flache

Efflorescenz mit narbigem Centrum und typischen Knötchen an der Peripherie, am Knie eine erbsengrosse Efflorescenz vom Typus des *Lupus verrucosus*. Guajacolinselfungen 2 Mal täglich. Nach 3 Monaten sah Autor das Kind wieder; sämtliche Knötchen vom *Lupus vulgar. disseminat.* mit seichten weissen Narben verheilt, die Efflorescenzen an Wange und Knie unverändert. Die Fälle zeigen also, dass *Lupus vulgar. disseminat. wenigstens bei Kindern durch jene schmerzlose Therapie radical beseitigt werden könne*; die Versuche bei einfachem *Lupus vulg.* fielen aber negativ aus.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. XXIX Nr. 5.)

- Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medication empfiehlt Dr. A. Philippson (Hamburg). Er gab *Fluornatrium* (3 Mal tägl. 0,1 in Pillenform nach dem Essen) und stellt nunmehr seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Fluornatrium übt, innerlich genommen, eine heilende Wirkung auf Lupus aus.

2. Die Nebenwirkungen auf den Magen sind jedoch derartig, dass die nothwendige Dosis (3 Mal tägl. 0,1) nicht bis zur endgültigen Heilung genommen werden kann.

3. Es empfiehlt sich daher, das gut verträgliche und wirksame organische Fluorpräparat *Natr. para-fluor-benzoic.* (Merek) 3 Mal tägl. 0,5 zu geben.

4. Sollte das organische Fluorpräparat nicht zur definitiven Heilung ausreichen — geheilte Fälle stehen noch aus, so verdient es schon, wegen Ausbleiben jeglicher Verschlimmerung bei Lupus angewandt zu werden.

5. In gleicher Weise empfiehlt sich eine Prüfung bei anderen tuberculösen Processen.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. 6 Heft 3.)

- Einen Fall von *Lupus vulgar. disseminat.* bei einem 15jähr. sonst gesunden (auch an den Lungen!) Jungen, stellt Dr. E. Heuss vor. Das Leiden besteht seit 5 Jahren, wo es im Anschluss von Masern sich entwickelte; gerade bei solchen disseminirten Formen hat Autor diese Aetiologie schon mehrfach beobachtet. Befallen in bis hühnereigrossen Plaques sind Kinn und Kiefergegend, beide Arme, linke Planta; ausserdem zahlreiche kleinere, linsen- bis erbsengrosse Herde verstreut über beide Arme. Bemerkenswerth sind an den gleichen Stellen charakteristische, vollständig ausgeheilte,

bis erbsengrosse, pigmentlose Lupusarten, die durch *spontane Abheilung* von Lupusherden entstanden sein sollen.

(57. Versammlung des ärztl. Centralvereins in Zürich, 3. VI. 99. —
Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 18.)

- Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in den Fäces macht Dr. J. M. Rosenblatt (Odessa) folgende Mittheilung: „Bei ausgesprochener Darmtuberculose sind die Fäces in den meisten Fällen dünnflüssig; die Bacillen, welche sich auf der Oberfläche und im Innern der tuberculösen Geschwüre entwickeln, mischen sich den diarrhoischen Stühlen bei und sind in diesen entweder gar nicht oder mit grossen Schwierigkeiten nachweisbar. In solchen Fällen habe ich mit gutem Erfolg die folgende Methode angewendet: Ich gebe dem Pat. *Tinct. opii*, bis der Stuhl hart und wurstförmig wird. Dann *untersuche ich ausschliesslich die Oberfläche, event. falls sich eitrig-schleimige Parthieen finden, diese*. Dort findet man ohne Schwierigkeiten bereits in den ersten Präparaten die Bacillen. Der Grund dieser Erscheinung liegt darin, dass die harten *Skybala* beim *Passiren der ulcerirten Flächen die Bacillen mitreissen, während dieselben in der grossen Masse der diarrhoischen Stühle verschwinden*.

(Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 23.)

Ulcus cruris. Ueber mechanische Behandlung von Unterschenkelgeschwüren schreibt Stabsarzt Dr. Heermann (Spandau): „Eine Reihe von Versuchen hat mich dazu geführt, bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren nebst ihren Begleiterscheinungen, wie Ekzem, Venenentzündungen, Verhärtungen u. dgl. folgende mechanische Behandlungsweise einzuschlagen: das Verfahren ist etwas verschieden, je nachdem es sich um schmerzhaftes Geschwüre mit entzündeter Umgebung oder um indolente Geschwüre mit harten hohen Rändern handelt. Gültig für beide Fälle ist, dass *elastische Binden vermieden* werden. An ihre Stelle tritt dünnes oder mittelstarkes *Leder*. Ein Lederstück von der Grösse des betroffenen Unterschenkeltheiles oder besser noch über dieselbe hinausgehend, wird auf der einen Kante mit Patentschnallen von 2—4 cm Breite dicht nebeneinander besetzt und darauf derartig in Riemen zerlegt, dass nur an der Schnallenseite ein schmaler, zusammenhängender Randstreifen übrig bleibt, und die Riemen, in jeder beliebigen Länge einschnallbar, neben einander zu liegen kommen. Handelt es sich um ein *schmerzhaftes Geschwür*,

so werden in seiner Umgebung, aber jedenfalls auf nicht schmerzhaften Stellen, 2 oder mehrere Rollen aus Leinen, Gaze oder dgl., in welche man passend Streifen Pappé oder Kork einwickelt, so gelegt und durch eine Mullbinde befestigt, dass die *schmerzenden Stellen hohl* liegen. Ueber die Mullbinde wird möglichst fest die Lederbinde geschnallt. Sobald der schmerzhafteste Geschwürstheil in dieser Weise von dem Druck des Verbandes befreit ist, tritt meistens Schmerzlinderung ein. Dadurch wird das Gehen gestattet und es möglich gemacht, die Wunde, nur mit Gaze bedeckt, ohne Arzneimittel zu belassen, wenn solche schlecht vertragen werden. Zugleich wird eine Entspannung des Geschwürsgrundes, sowie ein Druck auf etwa verhärtete Theile der Geschwürsumgebung erzielt, welche langsames Schwinden dieser Verhärtungen und eine Verkleinerung der Wundfläche zur Folge haben. Zeigt das Geschwür *keine Schmerzhaftigkeit*, aber harte, hohe Ränder, so werden zunächst, ähnlich wie oben, kleine Streifen gewöhnlicher Korksohle mit wenigen Lagen Gaze umwickelt und direct auf diese Ränder gelegt; darüber kommt der früher erwähnte Verband. Zugleich sucht man auch hier zu erreichen, dass die Wunde hohl liegt und eine Annäherung der Wundränder an einander stattfindet. Die Höhe dieser Ränder wird durch den dauernden Druck verringert; sobald dieselben bis zum Niveau des Geschwürsgrundes herabgedrückt sind, beginnt die Ueberhäutung derselben. Zuweilen kann man so verfahren, dass der Verband im Ganzen dauernd liegen bleibt und nur zur Behandlung der Wunde einige Riemen aufgeschnallt werden. Würde der Korkstreifen an eine Stelle zu liegen kommen, welche er bei Bewegungen durch Scheuern gefährden könnte, so wird er durch halbaufgeblasene Luftkissen von der gleichen Grösse (von jeder Gummifabrik in beliebiger Form gefertigt) ersetzt. Nur muss man hier, um eine Reizung der Haut auszuschliessen, eine mehrfache Gaze-schicht einschalten. Ziehen sich Geschwüre über das Fussgelenk nach unten hinaus, so wird die Lederbandage entsprechend verlängert, in diesem Theile aber über einen Leisten oder ein Gypsmodell gewalkt, zum Schnütern eingerichtet und mit Luftlöchern versehen. Mit einem derartigen gut sitzenden Verbande kann der Kranke trotz der ausgedehntesten und ältesten Wunden beliebig gehen. Nur bei Wunden mit auffallend schmierigem Belag ist Vorsicht geboten und bei acuten Entzündungen grösserer Ausdehnung die Methode nicht geeignet. Die übliche Wundbehandlung

mit Arzneimitteln, Massage und Bädern wird auch bei Anwendung des angegebenen Verbandes beibehalten und so lange fortgesetzt, bis Untergrund und Umgebung der Narben regelrechte Beschaffenheit zeigen. Nebenbei will ich bemerken, das übermässig wuchernde Granulationen nicht gestützt, sondern durch ein mässig fest aufgelegtes Stück Kork in 2—3 Tagen niedergedrückt werden. Geschwüre, welche auf diese Weise im Umhergehen zur Heilung gebracht sind, brechen seltener auf, als anderweitig behandelte, besonders wenn es gelungen ist, durch Zusammenziehen der Wundränder eine schmale Narbe zu erzielen. Zum Schutz derselben kann die Lederbandage (ohne Korkstreifen etc.) längere Zeit weiter getragen werden.

(Therap. Bollage Nr. 3 zur deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

— Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des U. wendet Dr. A. G. Cipriani (San Andrea-Trius) an. Derselbe verfolgte dabei einen bestimmten Ideengang, durch den folgendes erreicht wird: Verringerung des Schmerzes, Abnahme der Neubildung, Bequemlichkeit für Arzt und Pat. und Reinlichkeit. Die Technik umfasst 6 Stadien:

1. Sorgfältiges Waschen des U. mit heissem Wasser.
2. Abtupfen mit Jodoformwatte.
3. Aufstreuen von *Eka-Jodoform* (leicht auf die Oberfläche mittelst Gazebausches).
4. Verband über das ganze Bein vom Knie bis zum Knöchel aus Leinwandstreifen von 4—5 Lagen übereinander, welche leicht ausgedrückt sein müssen, nachdem sie in *Formaldehydlösung* (1—2%) eingetaucht sind.
5. Verband von anderen Streifen Leinwand, die wieder gut ausgedrückt sind, nachdem sie wieder in *Formaldehydlösung* (2—4%) getaucht sind.
6. Gleichmässiger Druckverband.

Das Verfahren wird alle 12—24 Stunden ausgeführt. Es bringt ziemlich ausgedehnte Geschwüre in kurzer Zeit zur Heilung. Schon am 2. Tage hörte die eitrige Secretion auf, ebenso die Schmerzhaftigkeit, der üble Geruch, die entzündlichen Erscheinungen an den Rändern. Grosse Geschwüre, welche die Haut zum Theil zerstört hatten, vernarbten rasch, da sich von den Ueberresten des Epithels rasch kleine Stellen neuer Epidermis bildeten; falls noch der Hautbestandtheil der Papillen existirte, so bedeckten sich dieselben sehr bald mit Epithel und schützten somit das ganze Geschwür. Wenn aber diese Stellen des Epithels

fehlten und die Neubildung des Epithels, welches an den Rändern des Geschwürs beginnt, nicht die Tendenz zeigt, sich nach dem Centrum hin weiter zu bilden, besonders wenn die umgebenden Gewebe vernarbt und verhärtet sind und der Grund des U. seine Geschmeidigkeit verloren hat, so muss das 1. Stadium der Behandlung aus einem längeren warmen Bade bestehen, das von einem vorsichtigen Auskratzen mit dem scharfen Löffel gefolgt wird (diese Operation wirkt nicht schmerzhaft, da die Gewebe durch das Bad erweicht sind). Bei dieser Behandlung nimmt rasch die Röthe der Wundränder ab, die Schwellung verschwindet etc. In 42 Fällen bewährte sich das Verfahren, wobei sich auch nie Ekzeme oder Jodoformismus zeigten; letzteres beruht wohl darauf, dass das im *Eka-Jodoform* enthaltene *Paraformaldehyd* dem Jodoform seine pathogenen Eigenschaften nimmt.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 8.)

- Umschläge von Natr. carbonic. empfiehlt warm Dr. A. Brunner (Städt. Krankenhaus Triest): „Auf das mit einer heissen Sublimatlösung gereinigte Geschwür kommt zuerst eine einfache Lage von steriler Gaze, welche mit gelber Vaseline oder Lanolin gefettet ist, auf diese kommt eine einfache Schicht aus Cellulose (braunes Holzstoffcartonpapier) welches mit der $2\frac{1}{2}\%$ igen Natr. carb.-Lösung getränkt ist und hierauf Billrothbattist; das Ganze wird mit einer Calicotbinde fest verbunden. Alle 24 Stunden wird der Verband erneuert. Schon nach dem 1. Verbandwechsel merkt man, wie selbst alte verwahrloste Geschwüre ein besseres Aussehen bekommen; nach wenigen Tagen sieht man hellrothe Granulationen am Boden der Geschwüre, während von den Seiten her nach Erweichung der callösen Ränder die geschwürigen Flächen sich zu überhäuten beginnen; bald bilden sich auch in der Mitte Hautinseln, und bei kleineren Geschwüren ist der Heilungsprocess manchmal in überraschend schneller Weise beendet.“

(Wiener medic. Presse 1899 Nr. 38.)

Urticaria. Ueber einen Fall von chronischer U. der Schleimhaut der Halsorgane berichtet Dr. Merz (Bamberg), da sich derselbe durch seine *lange Dauer*, das *Auftreten der U. auf Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut* und seine *Beziehungen zum Magendarmkanal* auszeichnet: Am 20. VI. 98. kam der 34jähr. Pat. mit der Angabe, dass sich bei ihm seit einigen Stunden Halsschmerzen, Schling-

beschwerden, sowie besonders lästiges Sodbrennen eingestellt hätten. Aehnliche Beschwerden habe er schon mehrmals in den letzten 3—4 Monaten gehabt, doch habe ihn die Erfahrung, dass der krankhafte Zustand schon nach wenigen Stunden, längstens am folgenden Morgen behoben war, bisher nicht zum Arzt geführt. Kräftiger, gut aussehender Mann, hereditär nicht belastet, mässiger Raucher, kein Potator, luetisch nie afficirt, bisher nie krank, jedoch, „sehr nervös“ (Vater zweier gesunder Kinder). Reichlicher Speichelfluss, Uvula hyperämisch, ödematös geschwellt, ebenso die angrenzenden Parthieen fast der ganzen rechten Hälfte des weichen Gaumens, der noch stärker infiltrirt erscheint, und Oedem der rechten Tonsille, kurz das Bild einer beginnenden phlegmonösen Angina; mit Ausnahme der hinteren Rachenwand, die einige chronisch veränderte Stellen aufweist, Mundrachenhöhle intact. Am nächsten Morgen stellte sich Pat. wieder vor, die ganze Affection, auch die Magenbeschwerden verschwunden (seit dem Erwachen!). Doch schon am 26. VI. dieselben Beschwerden, ebenso am 3. VII.; beidemale betraf die Affection die Uvula und einzelne Parthieen des weichen Gaumens, jedesmal verschwand sie rasch (10—12 Stunden nach dem Auftreten). Mitte August kam Pat. (der bis dahin recidivfrei) wieder wegen brennender Schmerzen an der Zungenspitze. Mundrachenhöhle diesmal frei, nur auf der Zungenspitze längliche, ca. 1½ cm breite Quaddel; ein Bestreichen derselben mit Arg. nitr.-Lösung linderte die Schmerzen. Von diesem Recidiv an folgten bis zum 26. II. 99. noch weitere 14, theils leichter im Auftreten und Folgen, theils schwerer; noch 1 Mal wurde die Zunge befallen, sonst Affection auf den weichen Gaumen localisirt. In über der Hälfte der Anfälle Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, 2 Mal Diarrhöe, stets aber reichlicher Speichelfluss. Am 26. II. kam Pat. Nachts und erklärte mit heiserer Stimme, es sei ihm vor ca. ½ Stunde eine Fischgräte im Halse stecken geblieben. Gesicht leicht cyanotisch, an der Stirn eine Urticariaeruption; weicher Gaumen, Tonsillen und Uvula in toto hyperämisch, ödematös infiltrirt, auf der Epiglottis eine quaddelförmige Erhebung, ebenso am rechten Taschenband, linkes leichter ödematös, Stimmbänder injicirt; die Gräte stak nicht im Larynx, sondern in der rechten Vallecula. Die Erscheinungen gingen ½ Stunde nach Extraction der Gräte zurück, der Speichelfluss, die Magenbeschwerden etc., die sich ebenfalls wieder eingestellt, erst nach mehreren Stunden; am folgenden Tage

wieder alles normal. Alle versuchten Mittel hatten nur wenig Erfolg, nur eines hatte *schmerzstillenden und die Eruption des Rachens schneller zurückbringenden Effect*: das *Bepinseln mit 3—4 %iger Höllensteinlösung*. Auch gegen die Beschwerden von Magen und Speiseröhre verordnete Maassnahmen stets erfolglos. Nach dem letzten Auftreten gab Autor dem Pat. (ausser hydrotherapeutischen Proceduren) *Bromkali*, worauf noch kleinere Nachschübe kamen, Pat. aber seit 3 Monaten recidivfrei geblieben ist. Pat. hatte während der Attaquen nie Fieber, nie fand sich etwas Pathologisches im Harn. Eines fiel jedoch auf: die Möglichkeit, äusserst leicht (schon Stethoskopdruck genügte!) *U. scriptoria* hervorzurufen. Versuche, ebenso die Schleimhäute mit der Sonde zu reizen, negativ. *Aetiologisch* konnten die üblichen Ursachen für U. ausgeschlossen werden, nur die *Neurasthenie* blieb als schuldiger Theil übrig, und so erklärt sich auch der chronische Verlauf. Was die *Begleitungserscheinungen* der U. hier anbelangt, so ist ja *Speichelfluss* ein häufiger Begleiter acuter Erkrankungen der Mundrachenhöhle. Das *Sodbrennen* erklärt sich wohl so, dass es auch in Speiseröhre und Magen zu Oedemen und mit ihnen zu einer gesteigerten Magensaftausscheidung kam, die durch den verschluckten (stets alkalischen!) Speichel noch mehr angeregt wurde.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 36.)

- Einen Fall von *Urticaria pigmentosa* beschreibt Prof. v. Starek (Kiel): Pat., ein 1 jähr. Kind, stammt von gesunden Eltern. Die Mutter ist während der Gravidität gesund gewesen, das Kind rechtzeitig geboren, Ausschläge irgendwelcher Art oder Neigung zu Pigmentflecken in der Familie nicht vorhanden. Das Kind zeigte bei der Geburt normale Haut und bis zum 2. Monat keine besonderen Veränderungen, ausser einer gewissen Neigung zu „Hitzpickchen“. In der ersten Hälfte des 2. Monats erkrankte es an einem acuten Magenkatarrh, welcher 8 Tage dauerte. Schon ehe derselbe beseitigt war, traten am linken Oberschenkel 2, von einem rothen Hof umgebene Quaddeln auf, welche nach mehrtägigem Bestehen verschwanden, unter Hinterlassung einer ca. 5 pfennigstückgrossen bräunlichen Erhebung, die jetzt noch vorhanden ist. In den nächsten Tagen erschienen dann zahlreiche Quaddeln, unregelmässig über den ganzen Körper (mit Ausnahme von Gesicht und von Hand- und Fusssohle) verstreut, mässig juckend, und wie die 2 ersten

entweder eine pigmentirte Erhebung oder nur einen braunen Fleck hinterlassend. Auf den alten Stellen kamen weiterhin sehr häufig neue Quaddeln, und seit dem Beginn der Erkrankung ist der Körper des Kindes nie ganz frei von einzelnen frischen Quaddeln, welche auch auf bisher nicht pigmentirten Stellen auftreten; der Kopf, sowohl der behaarte Theil wie das Gesicht, bleiben nicht mehr verschont, und so ist nach und nach ein beträchtlicher Theil der Körperoberfläche braungefärbt. Ausser der Handfläche und Fusssohle zeigt die Haut überall ungemein viele bräunliche Flecke und flache Erhebungen von Linsen- bis Markstückgrösse, im Bereich der Hautfalten mitunter in die Länge gezogen, mit einem Durchmesser bis 5 cm. Auch die Wangen, Nase und Kinn sind ziemlich frei davon. Eine bestimmte Anordnung der Pigmentstellen ist nicht zu erkennen. Zwischen letzteren und auf solchen einzelne frühere Urticariaquaddeln; keine Kratzeffekte. Keine deutliche U. factitia. Schleimhäute frei. Pat. wird seit Monaten mit Arsen behandelt, aber ohne Erfolg; auch Salol, Atropin intern, Sublimatbäder zeigten keinen Effect. — Betreffs der *Aetiologie* solcher Fälle stehen wir noch vor einem Räthsel. In der Mehrzahl der Fälle befällt das Leiden kleinere Kinder, die, auch mit der Brust genährt (obiger Pat. mit der Flasche), kräftig und gesund sind. In obigem Falle, wo die Affection während eines Magendarmkatarrhs auftrat, könnte man diesen wohl beschuldigen; aber trotz bald wiederkehrenden Wohlbefindens wich die U. nicht und wird wohl auch noch längere Jahre bestehen bleiben, da das Leiden vor vollendetem Wachsthum selten aufhört. Auch dann bleibt die Pigmentirung noch bestehen, welche die Pat. sehr entstellt. Vielleicht hat auf diese die Lichttherapie Finn's therapeutischen Einfluss, auch gleichmässiges Bedecken grösserer Hautparthieen mit einem leicht comprimirenden Ichthyolpflaster wäre des Versuches werth.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 38.)

Vermischtes.

- Die Abhängigkeit der Halslymphome bei Kindern von adenoiden Wucherungen beweisen zahlreiche Fälle, die Oberarzt Dr. F. Jessen (Hamburg) mittheilt. Derselbe hat sich davon überzeugt, dass *Halslymphome*, an denen manche Kinder jahrelang leiden, wegen deren sie mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt worden sind, *nach Entfernung adenoider Wucherungen* — dieselben brauchen sonst gar keine Symptome zu machen, ja gerade kleine, weiche, nicht obturirende Wucherungen führen häufig zu Drüsenschwellungen! — *von selbst verschwinden*, ja dass *Fisteln*, welche nach Operation solcher Drüsen zurückbleiben und allen Mitteln trotzen, ebenfalls dann sich rasch schliessen, wenn der primäre Krankheitsherd eliminirt ist.

(Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 35.)

- Verordnungsweisen des Naftalan giebt Privatdocent Dr. H. Paschkis (Wien) bekannt: Obgleich Naftalan nicht ranzig wird, ist es doch nicht unzweckmässig, ein *Naftalan. benzoat.* als Salbengrundlage zu verwenden: Naftalan 100 g werden bei sehr gelinder Wärme geschmolzen, 2 g Benzoesäure und 1 Tropfen Perubalsam hinzugesetzt und verrührt. *Naftalan. camphorat.* (für Druckbrand): 5 g Campher werden mit 20 g Naftalan verrieben und dann 80 g Naftalan hinzugefügt. *Unguent. Naftalan. plumbic.*, dazu werden je 50 g Naftalan und Emplastr. Diachyl. simpl. vorsichtig geschmolzen (eine hellbraune gut aussehende Salbe).

Ung. Diach. Naftalan.

Rp. Ung. Diachyl. 60,0
Naftalan. 40,0

Ung. Ceruss. Naftalan.

Rp. Ceruss. pulv. 30,0
Naftalan. 70,0.

Ung. Hydrarg. Hydrarg. 100 g werden innigst verrieben mit 100 g Lanolin, sodann 100 g Naftalan zugemischt. Es genügt auch eine viel kleinere Menge Lanolin (15 g, dafür

Naftalan 185 g); diese $33\frac{1}{3}\%$ ige Quecksilbersalbe lässt sich leichter verreiben und wird rasch resorbiert.

Ung. Jodoform.

Rp. Jodoform. 5,0
Naftalan. 44,75
Menthol. 0,25

Ung. Jodi.

Rp. Jodi 5,0—10,0
—20,0
Naftalan. ad 100,0

Das Jod wird in einem Theile des Naftalan, das erwärmt wurde, verrieben und der Rest des Naftalans zugemischt.

Rp. Sapon. kalin. 30,0
Naftalan. 40,0
Pic. liquid.
Sulfur. loti aa 15,0
S. Krätzsalbe.

Rp. Sulfur. loti
Sapon. kalin. aa 25,0
Naftalan. 50,0
S. Einfache Schwefelsalbe.

Rp. Resorcin.

Ag. dest. aa 2,0
Naftalan. 20,0

Das Resorcin wird in dem Wasser gelöst und die Lösung mit dem Naftalan vermischt. Es resultirt eine ziemlich dünnflüssige Salbe, fast Liniment; um mehr salbenartige Consistenz zu erzielen, wähle man folgende Formel:

Rp. Resorcin.
Aq. dest. aa 2,0
Naftalan. 17,0
Cer. flav. 3,0
S. Salbe.

Rp. Resorcin.
Ichthyol. aa 5,0
Acid. salicyl. 3,0
Naftalan. ad. 100,0
S. Ung. Resorc. comp.

(Allgem. medic. Centralztg. 1899 Nr. 76.)

(Fortsetzung folgt.)

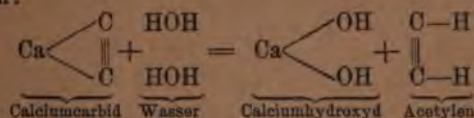
- Die Behandlung von Eiterungen mit Alkoholverbänden, wie sie Salzwedel vor einigen Jahren empfahl, hat auch Dr. Elschner (Dühringshof) seit 2 Jahren schätzen gelernt. Von Fällen, die erst im Entstehen waren und wo Eiter noch nicht nachweisbar, waren 2 besonders lehrreich: durch einen *Fliegenstich* auf den rechten Handrücken war bei einem Pat. die ganze Hand und der Unterarm teigig geschwollen, Haut intensiv geröthet, lymphangitische Streifen bis zum Ellenbogen, Axillardrüsen geschwollen und stark schmerzhaft. Eiter nicht nachweisbar. Alkoholverband von der Grundphalanx der Finger bis zum Ellbogengelenk. Am anderen Tage Schwellung und Schmerzen überall weg. Pat. konnte seiner Arbeit wieder nachgehen. Der 2. Fall war ein *Bubo*,

schon taubeneigross, bereits auf der Höhe etwas fluctuirend. Eine Incision oder gar Exstirpation konnte aus für den Pat. schwerwiegenden Gründen nicht vorgenommen werden. Eisbehandlung gänzlich wirkungslos, daher Alkoholverband, wobei schon am 3. Tage Abschwellung und Nachlass der subjectiven Beschwerden. Hier wurde die Behandlung so eingerichtet, dass zunächst der reguläre Alkoholverband (s. unten) angelegt wurde, dann goss Pat. selbst, sobald er bemerkte (leichtes Brennen!), dass der Alkohol verdunstet war, unter den etwas gelüfteten Verband frischen nach, sodass der Verband Tage lang liegen bleiben konnte. Nach 3 Wochen vollständige Heilung. Eclatante Wirkung nach Entleerung des Eiters bei *Furunkel, Carbunkel, Panaritien, Phlegmonen*. Schon nach wenigen Tagen Eiterung beseitigt, Wundfläche mit schönen Granulationen besetzt (darauf rasche Heilung durch aufgestreutes Ictol!). Um die hervorragende Wirkung der Alkoholverbände gegenüber anderen Methoden nochmals zu prüfen, machte Autor, als ihm jüngst hintereinander 9 schwere Panaritien in Behandlung kamen, es so, dass er nach Incision abwechselnd den einen Fall mit Alkohol, den anderen mit feuchtwarmen Umschlägen, Bädern, Pulver etc. behandelte. Während nun bei den mit Alkohol behandelten Fällen schon am 2. oder 3. Tage, selbst bei schwersten Fällen, die Eiterung beseitigt war, hielt sie bei den anderen 5—10 Tage an, und erst nach 14—20 Tagen kam es zur Heilung, die in den Alkoholfällen bereits nach 5—8 Tagen erfolgte! Derselbe Effect bei *inficirten Wunden*! Die *Handhabung der Methode* ist folgende: Man nimmt eine 6—8fache Lage Verbandmull, tränkt diesen mit Spirit. rectificatissim., bis er vollkommen damit gesättigt ist, legt ihn auf die erkrankte Stelle, bedeckt ihn mit einem Stück durchlöchernten Mosetig-Battistes oder Guttaperchapapier (eventuell mit Locheisen von 0,5 cm Durchmesser durchlocht); darüber eine Schicht Watte, dann Mullbinde. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen, in sehr schweren Fällen 12.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 Nr. 9.)

- **Calciumcarbid im Bindehautsack.** Zu Dr. Mock kam ein junger Mann mit intensiv gerötheter, etwas chemotaktischer Bindehaut des linken Auges. Dieselbe zeigte 3 hirsekorn-grosse tiefe Aetzwunden in der Augapfelbindehaut medial vom Hornhautrand; ausserdem auf der Hornhaut ca. 15 stecknadelkopfgrosse oberflächliche, hellgraue Flecke, ebenfalls Folgen einer Aetzwirkung. Pat. hatte mit einem Collegen

eine Acetylenfahrradlaterne putzen wollen; dieser habe letztere auseinandergenommen und durch eine darin befindliche Röhre (jedenfalls die Wasserzuleitungsrohre, in welcher sich öfters noch Calciumcarbid und Aetzkalk finden) geblasen, in welchem Augenblick Pat. mit seinem linken Auge gerade nahe am anderen Röhrenende gewesen sei und sofort heftigen Schmerz verspürt habe. Der chemische Process geht bei Entwicklung des Acetylens folgendermaassen vor sich:



Infolge des (tropfenweisen!) Zutretens des Wassers zum Calciumcarbid entsteht einerseits das starke Aetzmittel Calciumhydroxyd (= Aetzkalk), andererseits Acetylen. Die erstere Substanz ist schmierig, pastenartig und konnte wohl kaum durch das enge Rohr geblasen werden. Es wird vielmehr wohl das fein pulverisirte Calciumcarbid gewesen sein, welches die zahlreichen Wunden bewirkte. Durch den infolge der Fremdkörperwirkung des Pulvers sehr gesteigerten Thränenfluss ging im Bindehautsack selbst der Acetylenentwicklungsprocess vor sich, so dass das Auge doppelt zu leiden hatte: einerseits durch die starke Hitze des Entwicklungsprocesses, dann durch die Aetzwirkung des entstandenen Calciumhydroxyds. Sehr leicht hätte die Sehkraft überhaupt verloren gehen können! Hier trat noch unter Umschlägen von 4% iger Borlösung in 6 Tagen Heilung auf. Jedenfalls mahnt der Fall, bei Handirung mit Calciumcarbid sehr vorsichtig zu sein.

(Nürnberger medic. Gesellschaft u. Poliklinik, 1. VI. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 35.)

Bücherschau.

— Nunmehr ist auch *Theil II* des Boas'schen Werkes: *Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten* erschienen. Derselbe (Verlag von G. Thieme, Leipzig. Preis: M. 11) enthält die „*Specielle Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten*“ und schliesst sich den schon früher herausgegebenen Theilen dieses bedeutenden Werkes über die Krankheiten des Magens und Darms würdig an. Der erfahrene, in seiner Darstellungsweise ungemein gewandte Autor nimmt auch hier besonders auf die Bedürfnisse des prakt. Arztes Rücksicht und behandelt diejenigen Affectionen, die der Praktiker täglich zu Gesicht bekommt, in besonders eingehender Weise. Wo nöthig, berührt er auch das chirurgische Gebiet, wobei er mit Recht allzuradicalen Bestrebungen entgegentritt, wie sie sich heutzutage breit machen. Das Buch dürfte, wie das ganze Werk des Verfassers überhaupt, in ärztlichen Kreisen weiteste Verbreitung finden, wie es dies auch durchaus verdient.

— Von der Liebreich'schen „*Encyclopädie der Therapie*“, die wir schon öfters unseren Lesern warm empfehlen konnten, liegt jetzt die 2. Abtheilung des III. Bandes vor (Verlag von A. Hirschwald, Berlin), womit der Stoff bis zum Stichwort „*Secale cornutum*“ erledigt ist. Auch in diesem Theile des dem Praktiker sehr nützlichen Werkes finden wir jedes Thema kurz, aber durchaus erschöpfend, klar und frisch dargestellt, und haben sich alle Autoren, unter denen wir fast ausschliesslich bedeutende Namen finden, bestrebt, diesen Anforderungen, die das Buch gerade zu einem für den beschäftigten Arzt höchst brauchbaren machen, gerecht zu werden.

— Im Verlage von Urban & Schwarzenberg (Wien & Berlin) ist das Lehrbuch der Kinderheilkunde von Dr. Bendix, dem 1. Assistenten Heubner's erschienen (Preis: M. 10). Es ist dies die 2. Auflage des Uffelmann'schen Werkes: *Kurzgefasstes Handbuch der Kinderheilkunde*, das bei seinem Erscheinen (1892) von der Kritik sehr günstig beurtheilt wurde und zahlreiche Freunde

unter den Aerzten fand. Bendix hat pietätvoll einzelne Theile dieses Buches, mehr oder weniger verändert, mit übernommen, im Grossen und Ganzen hat er aber das von einem Hygieniker geschriebene Werk den Intentionen eines Kinderarztes mehr angepasst, wodurch einschneidende Veränderungen, Einführung ganz neuer Capitel etc. nöthig wurden. Diese Umarbeitungen gereichen dem Buche nur zum Vortheil, und wird es in dieser neuen Gestalt sich wohl noch mehr wie früher der Gunst der Pädiater und prakt. Aerzte erfreuen. Der Autor, der selbst reiche Erfahrungen gesammelt hat und diejenigen Heubner's sich ebenfalls zu Nutze macht, verfügt über eine gewandte Feder, und es ist ihm gelungen, auf verhältnissmässig geringem Raume den Stoff durchaus klar und übersichtlich in erschöpfender Weise zur Darstellung zu bringen. Dass der moderne Standpunkt der Wissenschaft stets zur Geltung kommt, bedarf nicht der Erwähnung. So ist also unsere pädiatrische Litteratur um eine Arbeit bereichert worden, welche allen Ansprüchen genügt und eines zahlreichen Leserkreises sicher ist.

— Von dem von uns bereits öfters unseren Lesern warm empfohlenen, von Ebstein und Schwalbe herausgegebenen (bei F. Enke, Stuttgart) *Handbuch der prakt. Medicin* sind jetzt die *Lieferungen 9—13* (à M. 4) erschienen. Hervorragende Autoren haben auch hier wieder als Einzelabschnitte des Werkes Arbeiten beigezeichnet, welche den neuesten Stand der Wissenschaft in kurzen, klaren Worten zur Kenntniss bringen, dabei stets Rücksicht auf die Bedürfnisse des prakt. Arztes nehmend. So hat Prof. Ebstein die Erkrankungen der Leber, Gallenblase und Pfortader bearbeitet, so Prof. Romberg die Krankheiten der Kreislaufsorgane, Prof. Ebstein die Verdauungsstörungen des Säuglingsalters, Prof. Ziehen die Gehirnkrankheiten etc. Beim Studium und Nachschlagen *muss* das Werk dem Praktiker die erspriesslichsten Dienste leisten!

— *Heft 4* von Prof. Krafft-Ebing's Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig, Preis: M. 4,50) enthält wieder zahlreiche sehr interessante Aufsätze aus der Feder des erfahrenen und geistreichen Nervenarztes. Dieselben behandeln diesmal die Themata: „Multiple Sclerose“, „Zwangsvorstellungen“, „Psycho- und Neuropathia sexualis“. Namentlich die beiden letzteren Gebiete werden durch eine reiche Anzahl casuistischer Mittheilungen illustriert, welche den Leser in hohem Grade interessiren müssen.

— Ein sehr empfehlenswerthes Atlas-Werk ist auch das bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) in 2. *verbesserter Auflage* erschienene

Buch: 100 illustrierte Fälle aus der Frauenpraxis von Auvaré, Deutsch von A. Rosenau (Preis gebd. M. 6). Es enthält 35 einfarbige, 54 zwei- und dreifarbig und 11 sechsfarbige Abbildungen. Der Erfolg, den das Büchlein gehabt, zeigt allein, dass dasselbe sich in der Praxis bewährt hat, und dass Prof. Winckel nicht mit Unrecht in einem Vorwort zur 1. Auflage sagte: „Jeder Arzt, welcher das Werk in die Hand nimmt, wird sich sagen müssen, dass die Abbildungen, wenn auch nur schematisch, ausserordentlich instructiv sind, und dass der Text in knappster Form das Wichtigste der bezüglichen Lehren, einschliesslich der operativen Therapie enthält. Für den Praktiker liefert es daher weitaus mehr, als die meisten Compendien der Gynäkologie und enthält zugleich in seinen zahlreichen farbigen Abbildungen eine Anleitung zur differentiellen Diagnostik, wie sie compendiöser und klarer und rascher zu überblicken kaum dargestellt werden kann.“

— Das Therapeutische Lexikon von Dr. Mahler (Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preis: M. 5) will dem Praktiker, falls er sich rasch über die Behandlung einer Krankheit oder eines Symptoms orientiren will, schnell und sicher Rath ertheilen. Es erfüllt diesen Zweck auch in vortrefflicher Weise. Die Krankheiten sind alphabetisch geordnet, und stets in ganz präziser Form das gesammte therapeutische Rüstzeug, incl. zahlreicher Receptformeln angegeben, wobei der Verfasser bestrebt war, nur erprobte Methoden heranzuziehen und die Spreu sorgfältig vom Weizen abzusondern. In einem 2. Theile werden die wichtigeren Arzneimittel, Dosirung und Anwendung ebenfalls alphabetisch geordnet besprochen und in einem Anhang Vergiftungen, Maximaldosen, Dosirung für Kinder, Tropfentabelle etc. vorgeführt. Trotz vieler ähnlicher Werke wird das Mahler'sche doch, zumal es die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft bereits voll und ganz berücksichtigt, sicher seinen Weg machen und sich viele Freunde erwerben.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 3.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.**

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

December

IX. Jahrgang

1899.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Aneurysmen. Gelatineinjectionen bei einem Aortenaneurysma wandte auch Dr. Neitzke (Lauenburg) mit Erfolg an. Die 50jähr. Pat. ist seit 1½ Jahren krank; sie leidet an Schmerzen in der vorderen, oberen, rechten Brustgegend, Herzklopfen, Schmerzen im rechten Arm, Nervosität, Schlaflosigkeit, Hustenreiz. Bei der Untersuchung findet man sonst nichts Pathologisches; nur in der vorderen rechten Hälfte des Thorax wölbt sich zwischen dem unteren Rand der 2. und oberen Rand der 4. Rippe, beginnend am äusseren Rand des Brustbeins nach der Achselhöhle zu ein *ca. mannsfaustgrosser Tumor* hervor, der die genannten Rippen auseinanderdrängt, lebhafte Pulsation zeigt und auf Betasten schmerzhaft ist. Das Herz weist geringe Verbreiterung nach links auf. Die Auscultation des Herzens ergiebt etwas dumpfe Töne, diejenige des Tumors nur ganz undeutliche, verbunden mit einem schwirrenden Geräusch; die auf den Tumor aufgelegte Hand fühlt ebenfalls ein deut-

liches Schwirren. Die rechte Gesichtshälfte, welche vielfache subcutane Gefässerweiterungen zeigt, ist gedunsen. Die Vena jugularis extern. tritt deutlich aus den Contouren des Halses hervor und zeigt Varicosenbildung. Der rechtsseitige Radialpuls kaum fühlbar. Jodkali und andere angewandte Mittel haben nicht den geringsten Erfolg, es tritt vielmehr andauernde Verschlechterung ein. Beginn der Gelatinecur am 20. II. 99. Von da ab bis zum 18. III. im Ganzen 10 Injectionen à 100 g (1% ige Gelatinelösung mit Zusatz von 0,5 g Kochsalz) mittelst einer 100 g fassenden, leicht sterilisirbaren Spritze (Hahn und Löchel, Danzig) in das Unterhautzellgewebe des Abdomens. Die grosse Quaddel verschwand nach ca. $\frac{1}{2}$ Stunde. Keinerlei fühlbare Nebenerscheinungen, abgesehen von geringem Schmerz während des Einspritzens. Pat. blieb während der Cur und dann noch 8 Tage im Bett. Schon nach den ersten 3 Injectionen hob sich das subjective Wohlbefinden, was sich nach jeder weiteren noch steigerte. Objectiv nach vollendeter Cur zu constatiren: *Völliges Aufhören der sichtbaren Pulsation des Tumors, der fühlbare Pulsationsbezirk war um $\frac{2}{3}$ seiner Ausdehnung zurückgegangen*, und bei der Auscultation dieses Restes kein schwirrendes Geräusch mehr wahrzunehmen; in dem verödeten Bezirke sehr abgeschwächtes Athmungsgeräusch und ganz schwache Herztöne zu constatiren. *Venen- und Gefässerweiterungen am Halse völlig zurückgegangen*. Rechtsseitiger Radialpuls viel deutlicher fühlbar, mit dem linksseitigen isochron. Diese Veränderungen haben bisher Stand gehalten. Pat. sträubt sich gegen weitere Injectionen, weil sie, sich sehr wohl fühlend, nicht wieder ins Bett will.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 Nr. 9.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Ueber pri-

märe Wunddesinfection macht Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) Mittheilung. Es handelt sich um Verletzungen an Theilen, die so dick mit Schmutzmassen incrustirt sind, dass es unmöglich erscheint, sie zu entfernen, ohne die vorhandenen Wunden direct zu verunreinigen (z. B. Hände von Schlossern, Kohlenarbeitern etc.). Dass man aber auch in diesen Fällen eine aseptische Behandlung der Wunden mit Erfolg durchführen kann, lehrten den Autor folgende 2 Fälle: 1. Einem Schlosser waren der 4. und 5. Finger der linken Hand zerschmettert worden; an beiden an der basalen Phalanx der Knochen gebrochen, am 1. Finger der

Nagel mit der dorsalen Haut abgerissen, fast bis zur Interdigitalfalte, die Strecksehne des Mittelfingers freigelegt, Haut der Vola quer aufgerissen bis über die ganze Fläche, der 4. und 5. Finger standen in Krallenstellung. Haut der Vola von Fett, Schmutz und Kohlenstaub schwarz. *Gar keine Desinfection.* Sorgfältige Ausstopfung aller Wunden mit Jodoformgaze, darüber Watte, Schienenverband. Am folgenden Tage in Narkose Exarticulation der beiden zerschmetterten Finger im Metacarpophalangealgelenk, Naht der Haut über der verletzten Strecksehne des Mittelfingers, Naht der volaren Wunde und der Haut über dem Stumpf der Hand, zur Deckung der Wunde wurde noch ein seitlicher Lappen von der Haut des entfernten 4. Fingers benützt. Vor Beginn der Exarticulation war die Haut der Vola und der Hand in üblicher Weise mit Wasser und Seife, Alkohol, Sublimat einigermaßen gereinigt worden. Fieberloser Verlauf. Nach 8 Tagen Verbandwechsel; nur theilweise Prima intentio (infolge starker Zerquetschung des subcutanen Gewebes jener Lappen nekrotisch geworden, trotzdem vollkommen reactionsloser Verlauf! 2. Erhebliche Verletzung (bei einem Arbeiter aus einer Tintenfabrik) durch Glasscherben an der rechten Vola manus; Haut von Tinte und Schmutz total schwarz verfärbt, so dass stundenlanges Baden und Reiben zur Reinigung kaum genützt hätte. Ähnlich verfahren, wie im Falle 1. Wundverlauf ganz glatt. — Die gleichen Principien entwickelte jüngst Prof. v. Bergmann (bei Gelegenheit des Cursus für die Aerzte der Rettungsgesellschaft) für die Behandlung *complicirter Fracturen*. Er empfahl, die der Wunde benachbarte Haut nicht zu desinficiren, die Wunde gut mit Jodoformgaze zu tamponiren, sie offen und trocken zu erhalten und für ungehinderten Abfluss der Wundsecrete zu sorgen. Die Wunde werde dann mit allen Schädlichkeiten fertig und bleibe in gutem Zustande; absolute Keimfreiheit liesse sich kaum je erreichen und sei auch gar nicht nöthig, wofern die Keime nur aus der Wunde hinausgelangen könnten.

(Die ärztl. Praxis 1899. Nr. 18.)

- Creolin bringt Dr. Moritz Wolf (Wien) wieder in Erinnerung als Desinficiens und Heilmittel, veranlasst durch einen überraschenden Erfolg bei einem Falle von *Erysipel* bei einem 6wöchentlichen Kinde. Dasselbe, von Kopf und Nacken ausgehend, breitete sich einige Tage lang unter hohem Fieber, Convulsionen etc. trotz energischer von anderer Seite em-

pfohlener Therapie (kalte Einhüllungen, Eisblase, Chininklysmen, local essigsäure Thonerde, Ichthyol) immer weiter aus, das Fieber liess nicht nach, ebensowenig die übrigen Erscheinungen, bis Wolf alles andere wegliess und Umschläge mit 2%iger Creolinlösung ordinarie. Nach einigen Stunden schon liess das Fieber, die Convulsionen etc. nach, das Erysipel stand still, und nach wenigen Tagen war der kleine Pat. gesund. Das Creolin war sehr rasch durch die Haut in den Organismus eingedrungen und durch Urin und Stuhl ausgeschieden worden. Autor hat das Mittel auch sonst bei Erysipel schätzen gelernt. Bei Erwachsenen pflegt die Affection, durch Heftpflasterstreifen begrenzt und mittelst Wattebäuschehen mit concentrirtem Creolin betupft, rasch zu schwinden, bei Kindern, sehr empfindlichen Personen und ausgebreiteten Fällen genügt 2—5%ige Lösung, aber auch concentrirtere macht keine Aetzwirkung; Creolin concentrirt bewährte sich auch zum Betupfen *gangränöser belegter Wunden*, zu Umschlägen verdünnt bei *Ulcus cruris*, zum Erweichen und Nachbehandeln von *Furunkeln* etc. In sehr verdünntem Zustande (2‰) ist es ausgezeichnetes *Mund- und Gurgelwasser* (infectiöse Zustände in Mund- und Rachenhöhle, Angina, Periostitis e carie dentium mit Eiterung, Fötur u. dgl.). Speciell für *Aerzte* verdient es auch prophylaktisch Anwendung *nach Operationen an infectiösen Erkrankungsherden oder nach Sectionen an septischen oder sonst verdächtigen Cadavern*; concentrirt in die Hände gerieben, dann mit Wasser abgespült, äussert es keinerlei Aetzwirkung und ist als Antisepticum verlässlich. Frische ärztliche Verletzungen betupft Wolf mit reinem Creolin und fixirt dann ein damit getränktes und ausgedrücktes Wattebäuschehen; zeigt sich schon ein Eiterbläschen, so holt man es sammt dem Eiterpfropf heraus und applicirt Creolin in derselben Weise, wodurch schädliche Folgen abgewendet werden.

(Wiener medic. Presse 1899 Nr. 41.)

- Protargol bei Wunden wandte Dr. Floret (Elberfeld) in zahlreichen Fällen in Salbenform (5—10% mit Vaseline, Lanolin. aa) an und lernte es als *ganz vorzügliches Vernarbungsmittel* kennen, welches alle anderen gebräuchlichen Mittel an Zuverlässigkeit und Schnelligkeit übertrifft, z. B. bei Hautdefecten kleinster Art bis zu ausgedehntesten Hautabschälungen und besonders bei *Brandwunden* II. und III. Grades. Protargol wirkt dabei austrocknend und übt keine schmerzhaft Reizwirkung aus, wie Argent. nitr. Auch bei

infiltrierten eitrigen Wunden, bei Geschwüren (durch Druck, Verbrennung etc.), bei *incidierten Panaritien, Furunkeln, Abscessen* etc. zeigte es bedeutende antiseptische Kraft; die Eiterung hörte bald auf, der Geschwürsgrund reinigte sich, worauf die Vernarbung schnell zustande kam. Was die Wirkung bei *Unterschenkelgeschwüren* anbelangt, so lieferten diejenigen Erkrankungen, welche ihre Entstehung einem Trauma verdankten, unstreitig die besseren Resultate. Meist wurde sofort mit Protargolsalbe die Behandlung begonnen, nur bei starkem Gewebszerfall mit reichlicher Secretion und bei breiter entzündeter Umgebung wurden vorerst feuchte antiseptische Umschläge bis zur Reinigung des Geschwürsgrundes und zur Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen angewandt.

(Therap. Beilage Nr. 10 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1890.)

Augenentzündungen. Protargol hat Dr. Emmert

(Bern) bisher bei ca. 350 Fällen von A. und einigen anderen Affectionen angewandt und war mit dem Präparat ausserordentlich zufrieden. Bei *Conjunctivitis catarrhalis acuta simplex* mit mehr oder weniger starker Secretion wurden 1—3 Mal täglich 2 oder mehr Tropfen einer 1—3 %igen Lösung eingeträufelt, wobei die Lider, um möglichst langdauernde Einwirkung zu erzielen, während 2—3 Minuten eventuell ektropionirt, aus einander gehalten wurden. Diese Einträufelungen wurden unterstützt durch warme Umschläge (von einer 20 %igen Lösung 1 Thee- bis Kaffeelöffel voll in 1 Tasse lauwarman Wassers), noch besser (namentlich in frischen Fällen) durch festes Aufbinden von mit 5—20 % Protargol-Vaseline dick bestrichenen und mehrfach zusammengelegten Leinwandlappchen (hydrophiler Verbandstoff saugt zu sehr auf!); bei Erkrankung beider Augen werden Nachts beide Augen, am Tage abwechselnd jedes so verbunden (sowohl bei den Compressen, wie bei der Salbe werden wahrscheinlich kleinere Mengen ununterbrochen in den Conjunctivalsack hineingepresst, wodurch sich die gute Wirkung erklärt). Aehnlich werden auch *subacute* und *chronische* Conjunctivitiden behandelt; hier muss man aber bisweilen behufs definitiver Heilung später noch zu anderen Mitteln greifen, während acute Katarrhe in 2—3 Tagen, sehr heftige in 5—8 unter Protargol heilen. Ueberraschend wirksam war letzteres auch bei 5 Fällen von *Ophthalmoblenorrhoe*, wo mehrmals täglich 3 %ige Lösung einge-

träufelt, Nachts 5%ige Salbe aufgebunden wurde. Die überaus sichere Wirkung des schmerz- und gefahrlosen Protargols hierbei fordert dazu auf, dasselbe auch als Prophylacticum an Stelle des rasch verderbenden, nicht gefahrlosen, schmerzhaften Höllensteins in 5—10% iger Lösung einzuführen. Gute Dienste leistete das Mittel weiter bei *Phlyktänen* der Conj. bulbi, sowohl in Form eingestrichener oder aufgebundener Salbe, als auch bei directem Einstreuen auf noch geschlossene oder bereits ulcerirte Phlyktänen. Sehr günstig beeinflusst es den *Frühlingskatarrh*, desgleichen den *Heukatarrh*. Auffallend günstige Wirkungen beobachtete Emmert ferner bei *ekzematöser Keratitis* (bei Kindern und Erwachsenen), besonders wenn dieselbe mit Secretion verbunden war, von dem Aufbinden von Protargolläppchen. Rasch heilen unter Protargol auch *Ekzeme der Lider, des Gesichts, der Ohren* (wobei es sehr vortheilhaft ist, dass das Mittel für die Augen nicht zu fürchten ist!), ferner *Seborrhoe der Lidränder, Blepharitis ciliaris, wunde Lidränder und Lidwinkel*, ebenso *Dakryocystoblennorrhoe* (5—10% Einspritzungen). Sehr gute Wirkung sah Autor endlich bei *Herpes der Lider, Nase, Stirn*, bei *Verbrennungen der Lider*, bei *luetischem Ekzem* (Nabel, Nase, Ohr, Kopf etc.) und bei *Gesichtserysipel*. Ein Allheilmittel ist aber Protargol keineswegs, und auch manche Fälle der genannten Affectionen reagiren nicht auf das Mittel, das sogar eventuell schaden kann. Im Allgemeinen aber ist das Präparat bei diesen Krankheiten warm zu empfehlen und überhaupt als sehr werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes anzusehen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 19.)

- Zur Diagnose und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen spricht v. Ammon (München): Die eine Zeitlang herrschende Ansicht, dass die Augeneiterungen Neugeborener in den allermeisten Fällen durch gonorrhoeische Ansteckung bedingt seien, wobei die Zeit der Infection in den Verlauf des Geburtsvorganges verlegt wird, wurde während der letzten Jahre mehrfach angegriffen. Sie verdient aber nicht allein wegen der Classification der Infectionsträger, sondern auch hinsichtlich des Zeitpunktes der Uebertragung des Virus rectificirt zu werden. Das sogenannte typische Bild der Ophthalmogonorrhoea neonatorum darf zur Diagnose nicht ohne Weiteres benützt werden, da es einerseits eine Reihe von Fällen gonorrhoeischer Natur giebt, die aus verschiedenen Gründen wenig entzündliche Erscheinungen

aufweisen, und da andererseits Fälle zur Beobachtung kommen, bei denen trotz hochgradigster entzündlicher Veränderungen die Gonokokken absolut keine Rolle spielen. Unter 100 Fällen von Augeneiterung Neugeborener befanden sich nur 56 gonorrhoeische, bei denen die Eiterung nur in $\frac{1}{4}$ der Fälle zwischen dem 1. und 3. Tage auftrat. Die Mehrzahl der Fälle stellen *Spätinfectionen* dar, die nicht bei oder unmittelbar nach der Geburt entstanden sind. Deshalb wird auch die Credé'sche Methode die Zahl der Augeneiterungen nicht wesentlich zu verringern im Stande sein. Eine wichtige Rolle bei der Infection der Bindehaut spielen die *Pneumokokken*. Das durch dieselben hervorgerufene Krankheitsbild zeigt die Eigenthümlichkeit, dass nach 3—5 Tagen sehr starken Katarrhs und profuser Eiterung der Process mit einem Male besser wird, im Gegensatze zu den gonorrhoeischen Infectionen, die nur ganz allmählig in der Besserung fortschreiten. Ausser diesen beiden Infectionserregern wurden noch in 2 Fällen die sogenannten *Pseudogonokokken*, in 3 Fällen *Bacterium pneumoniae* gefunden, während sich *Staphylokokken* beinahe in jedem Conjunctivaleiter nachweisen lassen. Auch die letzteren vermögen schwere Zerstörungen der Hornhaut zu verursachen, wenn der allgemeine Ernährungszustand des Pat. gelitten hat. Der Name „Blennorrhoe“ wäre deshalb am besten ganz zu vermeiden, da er nur ein Symptom ganz verschiedener Processe berücksichtigt, sollte aber mindestens bei den von amtlicher Seite ausgegebenen Zählkarten durch einen präciseren ersetzt werden. Unter den zur Heilung der gonorrhoeischen Conjunctivitis Neugeborener angewandten therapeutischen Maassnahmen scheint die Argent. nitr.-Behandlung noch am meisten im Gebrauch zu sein. Ihre Unzuverlässigkeit und die dabei gelegentlich auftretenden Schädigungen der Hornhaut haben den Autor veranlasst, experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Höllensteins an den Augen lebender Kaninchen zu machen, und da zeigte es sich, dass die Höllensteinätzungen viel zu wenig tief in das Gewebe eindringen, als dass sie darin befindliche Mikroben zu schädigen vermöchten. Aus diesem Grunde ist auch die Credé'sche Methode nicht absolut zuverlässig. Die gleichen Versuche mit Protargol bewiesen, dass auch dieses nicht ausreichende Tiefwirkung besitzt. Wir vermögen die eingedrungenen Mikroben durch chemische Mittel nicht anzugreifen, und es ist das Beste, wenn wir das gar nicht erst versuchen! Es hat sich bei der Behandlung gezeigt,

dass die *reizlose Therapie*, welche lediglich in der Anwendung von Kälte und in der Ausspülung des Bindehautsackes mit *physiologischer Kochsalzlösung* besteht, am schnellsten einen Rückgang der entzündlichen Erscheinungen herbeiführt. Erst wenn die Lidschwellung soweit zurückgegangen ist, dass die Kinder die Augen wieder selbst zu öffnen vermögen, was nach 3—5 Tagen der Fall ist, kann zu einer adstringirenden Behandlung übergegangen werden, hierbei hat sich dann 10—20 %ige Protargollösung gut bewährt. Nach einiger Zeit muss jedoch auch an Stelle dieses Adstringens ein anderes treten, wenn die Heilung nicht verzögert werden soll. Da man mit dieser im Anfang rein antiphlogistischen Therapie ebensoweit kommt, wie mit der Anwendung ätzender Substanzen, so sind die letzteren bei der Behandlung der Augeneiterung Neugeborener entbehrlich geworden. *Die Therapie dieser Affection kann in Ansehung der Zartheit der betroffenen Organe nicht reizlos genug sein!*

(Naturforscherversammlung 1899 in München. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

- **Augenkatarrhe und prophylaktische Desinfection der Augen** der Neugeborenen lautete das Thema Cramer's (Bonn). Derselbe betonte ebenfalls zunächst, das gonorrhoeische und nicht gonorrhoeische A. klinisch nicht unterschieden werden können. Als Erreger von A. bei Neugeborenen kommen neben den Gonokokken in Betracht Pneumokokken, zur Coligruppe gehörige Stäbchen, Staphylococcus aureus, Streptokokken und Diphtheriebacillen. Auch ein Theil der nicht gonorrhoeischen Augeneiterungen wird durch Bakterien des Lochialsecrets hervorgerufen. Die Pneumokokken-Conjunctivitis kann durch Uebertragung durch den Mundspeichel der Mutter hervorgerufen werden. Eine Eröffnung der Lidspalte intra partum ist sicher möglich. Primärblennorrhoeen bieten deshalb heftigere klinische Symptome, als Secundärblennorrhoeen, weil das Auge direct post partum sich in einem alterirten Zustande befindet und deshalb auf alle Reize heftiger reagirt, als später. *Die Credé'sche Einträufelung ist als prophylaktische Maassnahme zu verlassen, weil durch die nach derselben eintretende heftige Reaction die Besiedelung des Conjunctivalsackes mit Bakterien und die Entstehung von Secundäraffectionen begünstigt wird.* Die Besiedelung des normalen Conjunctivalsackes des Neugeborenen mit Bakterien geht sehr langsam und spärlich vor sich. Protargol hat sich in der Bonner Frauenklinik in 20 %iger Lösung als Prophylacticum bewährt.

Discussion: Schatz hat Itrol als Prophylakticum angewandt und war damit zufrieden; die Reaction ist wesentlich geringer, als nach Arg. nitr. — Krönig konnte nachweisen, dass sicher intra partum eine Infection mit Gonokokken möglich ist; in einem Falle liess sich direct nach der Geburt schon eine schwere Veränderung am Auge nachweisen (vorzeitiger Blasensprung). Autor verwendet Argent. acet. — Schmidt-Rimpler ist entschiedener Anhänger der Behandlung mit 2%iger Argent.-Lösung nebst Kälte, bei der eine sehr schnelle Abschwellung der Conjunctiva zustande kommt. Er kennt keinen Fall, in dem das Auge zu Grunde ging, wenn nicht vorher Hornhautverletzungen bestanden. — Laquer stimmt ebenfalls der Behandlung mit Argent. nitr. bei. Nachtheilige Wirkungen konnten bei vorsichtiger Anwendung nicht festgestellt werden; Reizungen kommen vor, jedoch keine schweren Affectionen. — Uthoff: Schwere Conjunctivitis durch sogenannte Pseudogonokokken ist zweifellos selten. Bei Staphylococcus albus ist es zweifelhaft, ob er, wo er gefunden wird, auch der Erreger der Krankheit ist. Arg. nitr. ist das zuverlässigste Mittel, Protargol ist auch gut, aber sicher dem Arg. nicht überlegen. Das Credé'sche Verfahren ist ein wirksames. Der ulceröse Hornhautprocess wird nicht durch Gonokokken, sondern durch Streptokokken, Staphylokokken etc. bewirkt, und in diesen Fällen ist natürlich ein Mittel, das allein Gonokokken abtödtet, nicht genügend. — Freund empfiehlt ebenfalls Arg. nitr., durch das wir freilich nicht jedesmal Erkrankungen verhüten können. Besonders unreife, widerstandsunfähige Individuen zeigen nach prophylaktischen Einträufelungen sehr schwere Reizzustände; waren diese Kinder inficirt, so nützen die Einträufelungen bei ihnen gar nichts. — Eversbusch verhindert die Entstehung von Hornhautgeschwüren durch gleichzeitige Instillation von Physostigmin-Pilocarpinlösung. Eine prophylaktische Arg.-Behandlung schadet nie. Bei einer ausgebrochenen Blennorrhoe aber ist die Hauptsache: Reinlichkeit, Entfernung der Secrete; reizlose Behandlung mit Eisumschlägen. Protargol scheint bei schweren Fällen weniger günstig zu wirken. Infection kann auch intra partum bei in der Glückshaube geborenen Kindern vorkommen. — Elschmig betont die Nothwendigkeit, frische Arg.-Lösungen zu verwenden. — Schlösser vermeidet bei schwächlichen Kindern jeden Reiz, selbst Eis; Kataplasmen wirken besser.

(Naturforscherversammlung 1899 in München. —
Berliner Klin. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

- Typische Blennorrhoea neonatorum durch *Bacterium coli commune* sah A. Bietti (Rostock, Univers.-Augenklinik). Typischer Augenbefund an *einem* Auge bei intacter Cornea desselben und intactem anderen Auge. Mikroskopisch *nur* *Bacterium coli*, auch durch Cultur und Thierversuche als solches identificirt. Das andere Auge blieb auch verschont, das erkrankte *heilte in 8 Tagen ab*, nachdem an 5 Tagen hintereinander mit 2%iger Argent.-Lösung touchirt worden war (sonst nur Auswaschungen und kühle Umschläge). — Ausser diesem Fall existirt noch einer von Axenfeld, der ebenfalls auf ausschliesslicher Colibacillen-Infection beruhte, die eine einseitige Blennorrhoea neonatorum veranlasst hatte. Groenouw's 5 Fälle, wo auch Colibacillen sich fanden, sind Mischinfectionen (3 Mal daneben Gonokokken, 1 Mal Staphylokokken etc.).

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Sept. 1899.)

- Auf Pneumokokkeninfection beruhende Orbitalphlegmone bei einem 2jähr. Kinde im Verlaufe einer Influenza beobachtete Lefrançois (Cherbourg). Die vorausgegangene Influenza hatte vorzugsweise die Athmungsorgane afficirt, und in der Reconvalescenz entwickelte sich unter erneutem Fieber die Entzündung am Auge. Bei der Incision (am unteren Sulcus orbito-palpebr.) entleerte sich reichlich Eiter, in dem sich dann charakteristische Pneumokokken fanden. Regelmässige antiseptische Durchspülung der Abscesshöhle, *vollständige Heilung nach 1 Woche*. Eine derartige Complication der Influenza ist sehr selten.

(Ophthalmolog. Klinik 1899 Nr. 13.)

Diphtherie. Ein durch Entstehung, Begleiterscheinungen und Therapie interessanter Fall von Conjunctivitis diphtheritica wird von Dr. Schäffer (Freien-Steinau) unterm 18. VII. 99. mitgetheilt: Derselbe wurde am 3. VII. nach einem Ort gerufen, *wo eine schwere Epidemie von D. geherrscht hatte, die jetzt im Abklingen war*. Pat., ein 4jähr. Junge, war *vor 2 Stunden beim Spiel ausgeglitten und mit dem Gesicht auf einen flachen Sandstein vor dem Hause aufgefallen*. Starke Impression des rechten Nasenbeins mit *Blutextravasat und leichtem Oedem der Lider*. Die Schwellung des Nasenrückens und der Lider nahm täglich zu, war von teigiger Consistenz und stellenweise deutlich knisternd. Conjunctiva bulbi et tarsi und Cornea blieben intact. Am 9. VII. hatten sich die Erscheinungen deutlich verschlimmert.

Es bestand *Ausfluss aus der Nase, Gesichtsekzem, Conjunctivitis mit starker Secretion und zahlreiche Panaritien*. Am 11. VII. Bild völlig verändert. Beide *Conjunctiven bretthart, hingen wulstig und geröthet über die unteren Lider herab; spontanes Oeffnen der Augen unmöglich; beim Ektropioniren sieht man weissen diphtheritischen Belag, stark geröthete und gewulstete Conjunctiva bulbi, beim Abwischen des Belags blutet die Conjunctiva etwas. Ebenso zeigt die Nasenschleimhaut weissliche Membranen; an der Nasenspitze, isolirt auf der äusseren Haut, sitzt eine solche von Linsengrösse. Ekzem und Fingerwurm vermehrt und eitrig. Hinter der rechten Rachenmandel auf der Rachenwand eine stecknadelkopfgrosse, gelbliche Plaque. Diagnose: Diphtherie. Bakteriologische Bestätigung derselben. Injection von Behring Serum Nr. III an dem Thorax. 2 Tage darauf stiessen sich zahlreiche Membranfetzen unter Eiterung aus den Augen und der Nase ab, am 3. Tage waren sowohl Schwellung als Beläge nahezu vollständig verschwunden, das Ekzem geheilt, die Panaritien gebessert. Jetzt alles geheilt bis auf die Impression des Nasenbeins.*

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Juli 1899.)

- Zur Behandlung der Augendiphtherie theilt Dr. Schulte (Fulda) folgende 2 Fälle mit: 1. 6jähr. Mädchen mit D. des Rachens, der Nase und des linken Auges. Die Erkrankung des letzteren bestand seit 6 Tagen. Lider geschwollen, hart, kaum umzuwenden, Bindehaut der Lider mit graugelben, nicht abziehbaren Membranen bedeckt, Hornhaut leicht diffus trüb, Epithel derselben vollständig fehlend. Der Zustand besserte sich nach *Injection von Serum* und bei lauen Umschlägen von Hg. oxycyanat. (1 : 2000) innerhalb 8 Tagen; das Epithel regenerirte sich langsam, nach 2 Monaten betrug die Sehschärfe $\frac{4}{5}$, die Bindehaut der Lider zeigte zahlreiche Narben, Lidränder leicht nach innen gedreht, jedoch ohne dass die Cilien der Hornhaut berührten, Hornhaut nach unten noch leicht getrübt. 2. Mädchen von 8 Monaten mit seit 2 Tagen bestehender Augenerkrankung. Lider geschwollen, besonders am rechten Auge, die Bindehaut derselben zeigt gelbe Beläge, welche sich leicht ohne Blutung abziehen lassen. Hornhaut intact. Therapie: Kalte Umschläge mit Hg. oxycyanat. (1 : 2000) und Einträufeln von Protargol, Glycerin. aa. Tags darauf Status idem. Am 3. Tage rechts Membranen nicht mehr abziehbar. Kein Protargol mehr, statt der kalten jetzt warme Umschläge

mit Hg. oxycyanat. (alle Stunden $\frac{1}{4}$ Stunde lang). Am 4. Tage auch links Membranen nicht mehr abziehbar, beim Versuch Blutung; Hornhaut rechts leicht getrübt, leichter Epitheldefect. Am 5. Tage Fieber, Membranen beiderseits, sowie Epitheldefect und Trübung rechts haben zugenommen. *Sonstige Schleimhäute bieten nichts Krankhaftes.* Nachmittags *Injectionen von Serum.* Am anderen Morgen Hornhauterkrankung nicht zugenommen, die Membranen zeigen ein wesentlich anderes Bild: sie sind verflüssigt und lassen sich grösstentheils als grauer Belag abwischen, jedoch bleiben die Bindehäute noch grau infiltrirt. Im weiteren Verlauf nimmt die Infiltration der Bindehäute, die Trübung und der Epitheldefect stetig ab, und 5 Tage post inject. sind die Bindehäute roth, der Defect geheilt. Nach 2 Monaten Hornhaut des rechten Auge völlig klar, die Bindehäute des Tarsus an allen Lidern leicht, aber deutlich narbig, eine nachträgliche Bestätigung der Diagnose! — Beide Fälle zeigen die *günstige Beeinflussung der Augendiphtherie durch das Serum*, besonders aber der 2. Fall, wo, während vorher die Intensität der Erkrankung stetig zunahm, vom Zeitpunkt der Injection ab eclatante Besserung auftrat. Interessant war hier noch, dass die *Erkrankung zunächst sich als Conjunctivitis crouposa charakterisirte und lediglich auf die Augen beschränkt blieb.*

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, III. 2. 1899.)

Hämorrhoiden. Ueber die interne Behandlung der H.

giebt J. Boas (Berlin) seine reichen Erfahrungen zum Besten. Zunächst muss man an die Beseitigung der *localen Ursachen* gehen. Unter diesen spielen naturgemäss diejenigen, welche eine *Abflussbehinderung des Blutes nach dem Pfortadersystem und der Vena cava* herbeiführen, die wichtigste Rolle. Tumoren des Rectum und dessen Umgebung, der schwangere Uterus, Geschwülste des Dickdarmes, Adnexerkrankungen, Blasensteine, Geschwürsbildungen in den Därmen, Stenosen, Katarrhe etc. können gelegentlich zur Etablierung von H. Anlass geben. Sehen wir hier von diesen ab, da hier die Therapie eine im weitesten Sinne des Wortes causale ist, so bleiben im Wesentlichen die häufigsten und gutartigsten Formen übrig, die durch den Druck eingediekter in der Ampulla recti oder auch in der Flexura sigmoidea *stagnirender Kothmassen* zu entstehen pflegen. Indessen ist diese Aetiologie noch keineswegs so ausschliesslich, als

man zunächst annimmt. Es kommen, wenn auch seltener, Fälle vor, wo bei normaler Stuhlentleerung oder bei Wechsel von Verstopfung und Diarrhöen, ja selbst bei Vorherrschen von Diarrhöen H. sich entwickeln. Im ersten Falle muss man an eine gewisse Hypoplasie der Venenplexus, vielleicht auch Atrophie der Mastdarmschleimhaut selbst denken, im letzteren Falle liegt in der Regel ein tiefer Dick- oder Mastdarmkatarrh vor, unter dessen Einfluss vermehrte Stauung in den Hämorrhoidalplexus entstehen kann. Am überwiegendsten aber sind zweifellos *habituelle Störungen des Kothlaufs*, speciell an den untersten Darmabschnitten, die besonders im Laufe der Zeit zu umfangreichen, divertikelartigen Kothreservoirs führen können. Die häufigste Indication zur Behandlung besteht danach in der *Beseitigung der habituellen Obstipation*, in der Verhütung grösserer stercoraler Ansammlungen. Die Abführmitteltherapie ist ein ungeeignetes Verfahren, consequente *diätetische* Behandlung am empfehlenswerthesten. Hierbei ist zu betonen, dass die „blande Diät“ nicht nur nicht nützlich, sondern sogar das geeignetste Mittel ist, die H. in ihrer Intensität zu erhalten, da sie die Obstipation durchaus begünstigt. Alle die vielfachen Componenten, die dazu beitragen, die Darmperistaltik anzuregen, die organischen Säuren, die Zuckerarten, die schlackenreichen Nahrungsmittel, die Salze, die cellulosehaltigen Gemüse sind bei H. geeignet, die blanden Nahrungsmittel, in 1. Reihe die süsse Milch, absolut untauglich. Auch von Thee oder Kaffee hat Boas nie Schaden gesehen, selbst von mässigem Alkoholgenuss nicht. Nur dauernde und übermässige Blutungen berechtigen zu gewissen Beschränkungen, aber doch auch nur bezüglich des Alkoholgenusses und der schärferen Gewürze (Pfeffer, Paprika, Senf etc.). Daneben müssen die allgemeinen Grundsätze der Hygiene betont werden: möglichst reichliche Bewegung, Gymnastik, Schwimmen, Rudern, Billard- und Kegelspiel, Lawn-Tennis u. dgl. Der Nutzen dieser Körperübungen darf aber nicht überschätzt werden. Wer viele Fälle von schwerer Obstipation gesehen hat, wird erstaunt sein, wie gering oft der Einfluss der Körperbewegungen auf die Darmperistaltik ist. Boas behandelt seit mehreren Jahren die schwersten Fälle von Obstipation in wochenlanger Ruhelage und sah gerade hierbei die befriedigendsten Dauerresultate. Auch die *Toilette des Anus* ist wichtig. Subtile Reinigung der Analportion mittelst in adstringirende Lösungen (am besten Tannin oder Alaun) getauchter Wattebäusche sollte nach

jeder Defäcation vorgenommen werden. Noch mehr sind Closeteinrichtungen mit aufsteigender Douche zu empfehlen. Mit diesen einfachen Methoden reicht man in den ersten Stadien des Leidens und bei Fehlen von Complicationen völlig aus. Auch der Rectalkatarrh (fälschlich „Schleimhämorrhoiden“ genannt) schwindet allmähig, sobald es gelingt, die unteren Darmabschnitte vor Kothanhäufungen oder Reizungen durch deren Zersetzungsproducte zu bewahren. Nur sollte man H. schon in ihrer ersten Entwicklung bekämpfen, nicht erst nach Eintritt von Complicationen oder Schmerzen, wie es meist geschieht. In späteren Stadien ist die Regulirung der Obstipation oder die Beseitigung eines constipativen Darmkatarrhs schon erheblich schwieriger. Zuweilen gelingt es noch mühevoll durch Massage oder elektrische Behandlung, eine normale Peristaltik zu erzielen, meist aber ist jetzt Nachhülfe mit Abführmitteln erforderlich oder durch Klysmata. Letztere sucht man möglichst zu vermeiden, um jedes Irritament fernzuhalten, höchstens sollen sie mit blossem Wasser und mittelst weicher Mastdarmsonden gemacht werden. Von *Abführmitteln* sind nur diejenigen geeignet, welche bei habituellem Gebrauch für Magen und Darm unschädlich sind, hiermit eine leichte ausgiebige Wirkung verbinden und sich erfahrungsgemäss nicht allzusehnell abnutzen. Hierzu gehören: Rhabarber, Schwefelblüthe, Brustpulver, Magn. ust. und das mild und prompt wirkende Magnes. citric. effervesc. Auch gegen den Gebrauch von Tamarinden, Cascara Sagrada, Frangula, Mittelsalzen ist nichts einzuwenden. Von allen sollen aber die Dosen möglichst gering bemessen werden. Curen in Kissingen, Homburg, Marienbad, Karlsbad, Tarasp, Elster, Franzensbad, Rohitsch etc. wirken ganz gut, aber von Dauerresultaten ist keine Rede. Bessere Erfolge lassen sich in geeigneten Sanatorien, und zwar besonders in solchen grösserer Badeorte erzielen, da hierbei mit der Trink- und Badecur eine individuelle diätetische Cur combinirt werden kann, die, längere Zeit consequent fortgesetzt, thatsächlich zur Heilung führen kann. Auch Traubeneuren wirken ganz gut auf die Regelung der Darmfunction und damit auch auf die H., aber ihre Wirkung ist auch meist nur eine temporäre. Schlägt die causale Therapie fehl, so muss man zur *symptomatischen* greifen. Hierzu gehört die locale Behandlung mit sogenannten *Hantelpessaren*, *Salbenmischungen* oder *Suppositorien*. Erstere kann Autor nicht so warm empfehlen, wie es andere thun, immerhin aber können sie vorübergehend Nutzen stiften,

namentlich eine gewisse Entlastung der Sphincteren durch Druckcompression auf die Varicen herbeiführen. Die Suppositorien oder Salben können bei Excoriationen der Varicen, vielleicht auch bei kleineren Blutungen wirksam sein. Empfohlen worden sind besonders:

Rp. Chrysarobin. 0,08	Rp. Chrysarobin. 0,8
Jodoform. 0,02	Jodoform. 0,3
Extr. Bellad. 0,01	Extr. Bellad. 0,6
Butyr. Cacao 2,0	Vaselin. 15,0
F. suppos.	F. unguent.
S. 2—3 Mal tägl. 1 Stück einzuführen.	S. Mehrmals aufzutreiben.

Bei äusseren Knoten wurde Jodglycerinapplication (mehrmals täglich mit Glasstab aufzutragen) empfohlen, in 2 Stärken, von denen die eine anfangs, die andere später benutzt wird:

Rp. Kal. jodat. 2,0	Rp. Kal. jodat. 5,0
Jod. pur. 0,2	Jod. pur. 1,0
Glycerin. 35,0	Glycerin. 40,0.

Nun bedürfen noch die *Complicationen*, Blutungen, Einklemmung und Prolaps einer Besprechung. Geringe *Blutungen* bedürfen keiner Behandlung, wohl aber gehäufte oder sehr profuse; hier muss man, wenn auch Behandlung einer eventuellen Koprostase nichts hilft, zu anderen Mitteln greifen. Am wirksamsten ist hier *Extr. fluid. Hamamel. virgin.* (3 Mal tägl. 1 Theelöffel in einem Weinglas) der Firma Parke, Davis & Co. (Detroit, Michigan). Boas lässt dies Präparat (die deutschen sind etwas billiger, aber wie es scheint, nicht so wirksam) mindestens 8 Monate lang nehmen, und zwar in den ersten 4 Wochen 3 Mal täglich, später nur 2 resp. 1 mal. Empfohlen sind auch Suppositorien (à 0,25, 2—3 Mal tägl. 1 Stück), und auch davon hat Autor mehrfach günstige Wirkung gesehen, zieht aber die interne Medication vor. Bei bedrohlichen acuten Blutungen ist das beste sorgfältige Tamponade des Rectum mit Ferripyrin-Watte oder Gaze oder auch Eisenchloridgaze oder Jodoformgaze im Speculum, wobei man aber darauf achten muss, dass der Tampon wirklich die blutende Stelle trifft. Zugleich giebt man eine kräftige Dosis Opium. Wenn die Blutung seit 3 Tagen steht, kann man die Tampons entfernen und durch Ricinus den Darm entleeren. Bei *Einklemmung* von Knoten ist Haupterforderniss grösste Schonung der letzteren, Vermeidung aller forcirten Repositionsversuche. Falls es die Umstände erlauben, schickt man,

um die unteren Darmabschnitte zu immobilisiren, ein Suppositorium von Opium oder Cocain voraus. Sodann versucht man nach reichlicher Inunction der gesammten Analportion und des Rectum selbst, die eingeklemmten Knoten in Seitenlage mit grösster Vorsicht zu reponiren. Gelingt dies nicht, so kann man einen erneuten Versuch in Narkose oder unter Schleich'scher Anästhesie machen. Ein gleichfalls geeignetes Verfahren besteht in der Application von Blutegeln in der Umgebung der Varicen (nicht an diese selbst!). Nach reichlicher Blutentleerung gelingt die Reposition in der Regel leicht. Bei etwa eingetretener Gangrän sieht man natürlich von einer Reposition ab und streut nur Antiseptica (Jodoform, Xeroform etc.) auf. Bei *Hämorrhoidalvorfall*, wo die Knoten überhaupt nicht mehr dauernd zurückzuschieben sind, kann der Esmarch'sche „Mastdarmträger“ palliativ wirken, radical nur Abtragung der Knoten.*)

(Therapie der Gegenwart, Oktober 1899.)

Meningitis. Wie eine M. purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstrictur vortäuschen kann, berichtet Dr. Zuppinger (Wien, Kronprinz Rudolf-Kinderspital): 3³/₁jähr. Kind trank Ende Mai 1897 etwas Laugenessenz, wodurch es sich Verätzungen im Munde, Rachen und Oesophagus zuzog. Einige Wochen hernach hatten sich die Symptome hochgradiger Oesophagusstrictur entwickelt, und die Mutter brachte das Kind zur ambulatorischen Behandlung ins Spital. Autor begann zu bougiren. Anfangs war das nur mit Darmsaiten möglich, nach ca. 14 Tagen aber wurden schon anstandslos Milchspeisen genossen. *So bougirte Zuppinger auch wieder am 8. VIII. Mittags. Das Kind ging dann mit der Mutter nach Haus, trank dort Milch und spielte mehrere Stunden mit Kameraden. Plötzlich begann es über Schmerzen in Kopf und Bauch zu klagen, erbrach öfters und bekam Friesen.* In später Abendstunde wurde es moribund eingebracht, mit blassem Gesicht, halonirten Augen. Es litt an fast constantem Aufstossen und Brechreiz, war benommen und schrie zeitweise auf; die weiten Pupillen reagirten kaum. Abdomen mässig meteoristisch aufgetrieben, scheinbar sehr druckempfindlich; die genauere Untersuchung ergab jedoch allgemeine Hyperästhesie. Im Rachen ge-

*) Ueber die chirurgische Behandlung der H. folgt ein Aufsatz von Karewski in nächster Nummer.

geschwollene Tonsillen, über den Lungen Trachealrasseln, Respiration unregelmässig und beschleunigt, Herztöne rein, Puls 140, regelmässig, Temperatur 39,8°. Therapie: Auf Kopf und Abdomen Leiter'scher Kühlapparat, intern Opium. Um 1/18 Uhr früh unter *Convulsionen Exitus*. Die Section ergab als Todesursache *M. purulenta basilaris cum hydrocephalo interno acuto* (die bakteriologische Untersuchung des Eiters zeigte, dass es sich um Staphylokokken-Infektion handelte), eine *Verletzung im Oesophagus bestand nicht*, ausser dem Schädelbefund überhaupt alles normal. — Dass die *M. purulenta* den Menschen ohne Prodrome in bester Gesundheit überraschen und in 3—5 Tagen dahinraffen kann, ist bekannt; dass aber, wie hier, vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Exitus nur 12 Stunden verlaufen, gehört zu den grössten Seltenheiten. Abweichend von der häufigeren Localisation des purulenten Exsudats an der Convexität war hier die Basis bevorzugt, und während sonst bei solch stürmischen Fällen die Ventrikel in der Regel leer sind, fand sich hier beträchtlicher Hydrocephalus. Selbstverständlich wurde von den Laien der Todesfall der letzten Bougirung in die Schuhe geschoben, obwohl das Kind danach noch ass und Stunden lang spielte. Der Arzt geräth bei einem derartigen Spiel des Zufalls also gar leicht in kritische Situationen. Hätte Autor zufällig ein paar Stunden später bougirt, so hätte auch er an nichts Anderes als an einen Durchbruch denken können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

- Einen interessanten Fall von *M. basilaris traumatica* theilt Dr. L. Hulsmans (Köln, St. Vincenzhaus) mit. Am 9. IX. 99. erlitt der Pat., ein Posthilfsbote, einen Unfall, indem er während des Rangirens mit dem Kopf gegen die Wand eines Postwagens geworfen wurde. Er hatte wohl augenblicklich starken Schmerz, legte aber der Sache keine Bedeutung bei und meldete sie nicht. Allmähig aber stellte sich immer grössere Benommenheit ein, sodass er nach 10 Tagen um leichteren Dienst bat. Am 25. IX. war er dem Fahrdienst überhaupt nicht mehr gewachsen. Am 30. IX. bekam er starken Schnupfen mit rasendem Kopfschmerz. Ein College schickte ihn wegen Influenza am 1. X. ins Spital. Pat. klagte hier hauptsächlich über Kopfschmerzen. Es bestand von Anfang an eine Rhinitis mit fast rein eitriger Secretion. Ausserdem entwickelte sich nun eine Parese im linken Abducens, welche dauernd zunahm und schliesslich

zu einer vollständigen Lähmung des linken Muscul. rectus externus führte. Pat. begann dann über Verdunkelung des linken Auges zu klagen. Es fanden sich Trübung und verschwommene Grenzen der linken Sehnervenpapille. Rechts normaler Befund. Leichter Nystagmus. Linke Pupille reagierte nicht auf Licht und Accommodation, war weiter als die rechte; consensuelle Reaction vorhanden. Beiderseits Rothgrünblindheit. Keine Hemianopsie. Geruchssinn fast vollständig verschwunden. Rechts Uhr auf 20 cm, links auf 60 cm gehört; Trommelfelle unverändert. Stirnhöhle auf Beklopfen sehr empfindlich. Untersuchung der Nase ergab, dass sich der Eiter hauptsächlich über der linken mittleren Muschel fand, also jedenfalls von einem eitrigen Katarrh der hinteren Siebbeinhöhlen und der Keilbeinhöhle herrührte. Die rechte Oberkieferhöhle erwies sich bei Durchleuchtung etwas verdunkelt. Erbrechen nur 1 mal, ebenso nur 1 mal Fieber (38,2°). Im Urin weder Eiweiss, noch Zucker. Sämtliche Organe sonst normal. Pat. erhielt zunächst neben Mentholtorsäure-Schnupfpulver noch Jodkali; von diesem musste aber wegen Steigerung der Kopfschmerzen Abstand genommen werden. Natr. salicyl. ohne Erfolg. Autor erblindete allmählig fast vollständig. Beiderseitige Sehnervenentzündung, links totale Amaurose, rechts nur noch $\frac{5}{25}$ der normalen Sehschärfe. Zuletzt musste Pat. geführt werden; die Venen der linken Papille erweiterten sich langsam sehr stark. Eine Lumbalpunktion liess keine Flüssigkeit abfliessen und schaffte keine Erleichterung. Autor versuchte es nun noch einmal mit Jodkali, dem er, um Jodismus zu vermeiden, Extr. Bellad. zusetzte, was auch den Erfolg hatte, dass der Jodismus erheblich schwächer blieb. Auch sonst sichtlich Erfolg! Nach 8 Tagen sah Pat. schon das Fensterkreuz mit dem linken Auge. Das Sehen nahm nun so schnell zu, dass Pat. nach 3 Wochen ein schwarzes Uhrzifferblatt mit goldenen Lettern auf 1 m Entfernung mit dem linken Auge ablesen konnte. Die Neuritis optica verschwand beiderseits, allmählig stellte sich wieder vollkommen normales Sehen ein. Die Abducenslähmung ging ebenfalls zurück, ebenso der Nystagmus. Pat. hatte nie mehr Erbrechen. Er wurde frischer und munterer, etwa 14 Tage vor seiner Entlassung zeigte sich in beiden Händen ein schnellschlägiger Tremor, welcher aber verschwunden war, als Pat. zu Weihnachten das Spital verliess. Er verrichtet jetzt schon längere Zeit wieder seinen Dienst und hat keinen dauernden Verlust an Erwerbsfähigkeit erlitten; und da auch der Spiegelbefund

keine Anomalie erkennen lässt, so ist der Process wohl als abgelaufen zu betrachten. — *Was hatte vorgelegen?* Zweifellos ein *umschriebener, entzündlicher Process an der Schädelbasis*. Derselbe *erstreckte sich von einer Stelle vor dem Chiasma nervorum opticorum* — es bestand nie Hemianopsie, und der Olfactorius war mitbetheiligt — *bis zum Sinus cavernosus*. Dass die linke Abducenslähmung durch directes Uebergreifen der Entzündung auf denselben an seinem Eintritt in den Sinus cavernosus hervorgerufen wurde, erscheint nicht so plausibel, wie dass der Abducens durch eine, wenn auch nur partielle Thrombose dieses Sinus in seiner Function beeinträchtigt wurde, weil die langsame Erweiterung der Papillarvenen in Verbindung mit der Lähmung des den Sinus cavernosus durchsetzenden Abducens an eine solche Thrombose, und zwar vielleicht nur des Sinus intercavernosus anter. denken lassen. Der schnell-schlägige Tremor in beiden Händen und der Nystagmus sind wohl auf einen leichten, durch den basalen Process bedingten Hydrocephalus zu beziehen. Die Gehörsstörung rechts hatte offenbar ebenso wie die Rothgrünblindheit, deren Vorkommen bei Neuritis optica von Autoren erwähnt wird, schon vorher bestanden, weil sie auch nach Ablauf aller Erscheinungen verblieben ist. *Aetiologisch* käme zunächst wohl *Lues* in Betracht, da nach der erneuten *Jodkalimeditation* der Process zusehends sich besserte; indess leugnete Pat. jede Infection, und auch sonst war von Lues nichts zu entdecken; gegen diese Diagnose wäre auch vielleicht der Nystagmus geltend zu machen, der bei Lues sehr selten ist. *Tuberculose* ist in der Familie des Pat. nie vorgekommen. Cramer hat einen Fall beschrieben, wo ein Arbeiter, der früher an Hämoptoë gelitten, infolge Falles auf den Kopf eine doppelseitige Neuritis optica mit Störung des Geruchssinnes bekam; er weist darauf hin, dass sehr häufig eine umschriebene tuberculöse Leptomeningitis basilaris mit Aussaat von wenigen Tuberkeln die Ursache dieser Erkrankung sei und dass, wie auch in seinem Falle, diese tuberculöse M. unter schnellem Verschwinden der Neuritis optica in kurzem ausheilen könne (diese Beobachtung wirft übrigens, zumal sie durch Section bei an intercurrenten Krankheiten Verstorbenen ihre Bestätigung erhielt, ein neues Licht auf die bis dahin als absolut infaust angenommene Prognose des M. tuberculosa überhaupt und auf jenen Fall der Quincke'schen Klinik, wo eine Lumbalpunktion bei M. Tuberkelbacillen in der Cerebrospinalflüssigkeit ergab und

der Pat. doch genas). Hier für diese Aetiologie keine Anhaltspunkte. In 3. Linie musste man daran denken, dass eine Infection der Meningen von den Nebenhöhlen der Nase und durch den nicht fracturirten Knochen erfolgt sein könnte, ein Weg, der bei der in manchen Fällen ausserordentlich grossen Dünnhcit des Knochens den Bakterien sehr leicht sich bieten würde. Pat. hatte aber zunächst ganz normale Nasenhöhlen, und wenn man ja auch die Möglichkeit zugeben muss, dass sich in denselben virulente Bakterien befanden, so genügt das doch nicht, um anzunehmen, dass nun durch ein Trauma *ohne* Fractur der Wände die Gelegenheit für die Bakterien geschaffen wurde, nach den Meningen vorzudringen. Nach Autors Ansicht *muss also eine Basisfractur unbedingt angenommen werden*, obwohl sonstige Symptome (Blutungen!) fehlen. Man könnte ja nun einfach sagen, dass diese Fractur Entzündungserreger in die Schädelhöhle gelangen liess und nun Veranlassung zur M. mit Neuritis optica descendens gab. Pat. hatte aber zunächst keine nennenswerthen Beschwerden, erst einige Tage nach dem Unfall trat zunehmende Benommenheit auf. Es beruht dies wohl auf *Blutung* infolge Fractur. Eine starke Blutung hätte Erscheinungen von acutem Hirndruck verursacht, eine umschriebene basale allein würde, wenn sie überhaupt Symptome machte, ebenfalls plötzliches Auftreten derselben bedingen. Die Thatsache, dass die Erscheinungen sich erst langsam entwickelten, weist darauf hin, dass *Bakterien, die im Kreislauf schon längere Zeit vorhanden waren*, im basalen Bluterguss Gelegenheit fanden, sich weiter zu vermehren, und so die zunehmende Benommenheit der ersten Tage verursachten. Ein erneutes Aufflackern des Processes zeigte sich, als Pat. an *Influenza* erkrankte; es erfolgte nun *von der Nasenhöhle aus frischer Nachschub von infectiösem Material durch die Fissur* und ein ziemlich acutes Einsetzen der basalen Symptome.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

Neuralgien. Einen Fall von Neuralgia trigemini, bedingt durch einen überzähligen Mahlzahn, beobachtete Dr. A. Ackermann (Krakau, St. Lazarus-Spital). Anfangs Januar 1898 wurde Prof. Trzebieky von einer 33jähr. Dame consultirt, welche *seit 17 Jahren an anfallsweise auftretenden heftigen Gesichtsschmerzen litt*. Dieselben gingen von einer Stelle dicht unter dem Unterkiefergelenke aus, an welcher Pat. selbst einen bohnergrossen Knoten fühlte,

und strahlten auf die ganze rechte Hälfte des Kopfes aus. Die Anfälle traten meist Abends mit verschiedener Intensität auf, dauerten gewöhnlich einige Stunden und wiederholten sich in unregelmässigen Intervallen. Während der letzten Jahre kamen sie seltener, dagegen litt Pat. ständig an hartnäckigem Kopfschmerz, der tagelang anhielt und mit allgemeiner nervöser Erregung, sowie Schlaflosigkeit verbunden war. Der erwähnte Knoten wuchs in der letzten Zeit langsam, aber stetig und ward auf Druck wesentlich empfindlicher. Sämmtliche Heilversuche bisher erfolglos, nur durch grosse Dosen Phenacetin einige Erleichterung. *Status praesens*: Rechte Gesichtshälfte durch eine oberhalb des rechten Unterkieferwinkels befindliche Geschwulst verunstaltet; Haut über derselben mässig ödematös; auf dem aufsteigenden Unterkieferast fühlt man eine deutlich begrenzte, flache, harte Erhabenheit, auf Druck mässig empfindlich, wie der ganze Unterkiefer, namentlich bei Druck aufs Foramen mentale; Beweglichkeit des Kiefers normal; in der Mundhöhle normale Verhältnisse, Zähne gesund und vollzählig, bei der Digitaluntersuchung fühlt man sehr deutlich die Anschwellung auf dem aufsteigenden Unterkieferast, welche sich aber vom benachbarten Gewebe nicht scharf abgrenzen lässt; Druck auf die Innenseite des Kiefers, an der Eintrittsstelle des Nerven, ausserordentlich schmerzhaft. Diagnose: Neuralgie des III. Trigeminusastes, wahrscheinlich hervorgerufen durch Druck eines vom Unterkiefer ausgehenden, vermuthlich neoplastischen Tumors auf den Nerv. Am 4. I. *Operation* in Narkose. Blosslegung des Unterkieferwinkels durch Winkelschnitt, Ablösung der Weichtheile mittelst Raspatoriums. Der aufsteigende Ast in toto, namentlich aber in seinem oberen Theile, verbreitert und spindelförmig aufgetrieben; ungefähr in seiner Mitte eine etwa linsengrosse, von Granulationen ausgefüllte Oeffnung, die, wie die Sondenprüfung ergab, zu einer im aufsteigenden Aste selber befindlichen Höhle führte, in deren Inneren ein freier Knochen gefühlt wurde. In der Meinung, es liege centrale Nekrose mit Sequesterbildung vor, wurde die Oeffnung erweitert, jedoch beim ersten Meisselschlag brach der Unterkieferast in seiner ganzen Dicke durch, infolge übermässiger Verdünnung der buccalen Wand. Dabei fiel der vermeintliche Sequester heraus, die abgebrochene Wurzel eines Mahlzahnes! Nun wurden die Bruchenden mit Haken auseinandergezogen, wobei es sich zeigte, dass der aufsteigende Unterkieferast eine ziemlich grosse Höhle enthielt, mit spärlichen Granu-

lationen ausgekleidet, und noch enthaltend die Krone jenes Mahlzahnes, mit der Kaufläche gegen die Mundhöhle gerichtet (die Wurzel war eben durch den 1. Meisselschlag abgebrochen worden). Enucleation des ganzen oberen Bruchstückes des Kiefers, Jodoformgazetamponade. Heilung glatt, nach 3 Wochen. Die *Schmerzen vom Tage der Operation ab auf immer verschwunden*, andauernd guter Schlaf. Beweglichkeit des Kiefers nicht alterirt. Pat. bis jetzt (1½ Jahre post operat.) vollkommen gesund.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 Nr. 38.)

— Ueber Therapie der Ischias lässt sich Prof. Eulenburg (Berlin) aus. Zunächst kommt die *causale* Behandlung in Betracht, die zunächst auf eine Beseitigung vorhandener mechanischer Schädlichkeiten Bedacht zu nehmen hat. Diese Indication kann zuweilen, wenn Neurome, paraneurale Geschwülste etc. die Wurzeln des Sacralplexus, diesen selbst, den Hauptstamm des Ischiadicus oder seine Aeste reizen und comprimiren, ein *operatives* Eingreifen erfordern. Die Berechtigung zur Vornahme solcher Operationen ist freilich jedesmal genau abzuwägen, da in einzelnen Fällen letaler Ausgang infolge umfangreicher Eiterung und Septikämie beobachtet wurde, in anderen Fällen dauernde Lähmungen und Difformitäten auf Grund der unvermeidlichen Insultation des Nerven zurückblieben. In den zahlreichen Fällen, wo eine *mit abdominellen Störungen verbundene abnorme Füllung der Beckenvenen oder Varicositäten* derselben der Ischias zu Grunde liegen, sind ausser einer angemessenen Diät, die unter Umständen zeitweise vegetarischer Natur sein kann, zuweilen örtliche Blutentziehungen erforderlich, die in geeigneten Intervallen wiederholt werden müssen. Am zweckmässigsten sind Blutegel theils am Anus, theils in der Gegend der Incisura ischiad. maj., oder auch Schröpfköpfe daselbst, da so am unmittelbarsten die Wurzeln der Hypogastrica (Va. glutaica, Vae. haemorrhoid.) und durch letztere zum Theil auch die Wurzeln der Pfortader vom Druck entlastet werden. Auch Abführmittel, namentlich längerer Fortgebrauch gelinder Purganzen, das Trinken von Bitterwässern, Curen in Karlsbad, Elster, Tarasp, Franzensbad etc. sind eventuell am Platze. Wo die Ischias durch Anhäufung von Fäcalk Massen bedingt wird, überhaupt wo habituelle *Obstipation* besteht, ist diese zu behandeln. Auch Gonorrhoe, Syphilis, Gicht, Diabetes etc., die manchmal dem Leiden zu Grunde liegen, müssen natürlich zweckmässig

behandelt werden, desgleichen die toxischen (alkoholischen, saturninen, mercuriellen) Ischialgien. Daneben muss man freilich oft genug eine *symptomatische* Behandlung der Ischias einleiten. *Ruhe* ist da vor allem nöthig! *Wärme-application* daneben, sowie subcutane Injectionen von *Carbol* (täglich, eventuell auch mehrmals am Tage 1 g einer 2%igen Lösung, der man auch etwas Morphinum zusetzen kann), an den schmerzhaften Stellen (besonders an den Austrittsstellen der Plexuswurzeln in der Nähe der Foramina sacralia, ferner in der Nähe der Incis. ischiad. maj., und je nach Bedarf an anderen Stellen des Nervenverlaufs, möglichst tief, um die Flüssigkeit womöglich in die Umgebung der Nerven zu bringen). Ähnlich die Injectionen von *Osmiumsäure* (in 2—3 tägigen Intervallen 0,3—0,5 einer 1%igen Lösung), von deren Nützlichkeit sich Autor in mehreren schweren Fällen überzeugt hat. In besonders schlimmen Fällen mag man ausserdem abwechselnd ab und zu *Cocain* (0,5—1,0 einer 2—4%igen Lösung) an den schmerzenden Stellen oder *Morphium* injiciren. Antipyrininjectionen hat Autor wegen ihrer Schmerzhaftigkeit und unzuverlässigen Wirkung aufgegeben. Weit ausgedehnter, als die pharmaceutischen, sollen die *physikalischen* Heilmittel zur Anwendung gelangen, namentlich in protrahirten Fällen. So vor allem die *Elektrotherapie*. Die Faradisation (Pinzelung), an den Schmerzstellen, am Austritt und im Verlaufe des Nervenstammes successiv vorgenommen, ist zumeist nur temporär schmerzstillend. Einen erheblicheren, nachhaltigeren, mehr curativen Einfluss hat der constante Strom: Man bedient sich am häufigsten eines stabilen absteigenden Stromes, von den Plexusaustrittsstellen zu mehr distalen Stellen des Nervenverlaufes, bis zur Fusssohle abwärts. Als positive Elektrode dient eine grosse (100 qcm) biegsame Bleiplatte, die im Lumbosacraltheil der Wirbelsäule, besonders den oberen Kreuzbeinlöchern entsprechend und seitlich davon angelegt wird. Die negative, mindestens von derselben Grösse, kommt in die Gegend der Incisura maj., dann weiter abwärts an Oberschenkel, Kniekehle, Unterschenkel und Fuss. Man kann auch die Kathode in Form einer grossen biegsamen Metallplatte mit wohl durchfeuchtetem Ueberzug auf die Fusssohle appliciren, oder noch besser, den Fuss in ein mit warmem Wasser oder schwacher Salzlösung gefülltes Gefäss bringen, in das die Kathode ohne directe Berührung hineingestellt wird. Ein- und Ausschleichen des Stromes mit Rheostat; nicht zu geringe Stromstärke (5—7 M. A., Strom-

dichte also an den Eintritts- und Austrittsstellen $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{14}$) und Dauer 10 Minuten und darüber der Sitzungen. Auch die galvanische Pinselung ist zu verwenden, die erheblich kräftiger wirkt, als die faradische. In besonders heftigen Fällen hat Autor nicht selten die Anode in Form einer Rectalelektrode in das zuvor mit Wasser injicirte Rectum ziemlich hoch hinaufgeführt und mit der an Kreuzbein oder Tuber ischii aussen aufgesetzten Kathode geschlossen, wobei unzweifelhaft zahlreichere und stärkere Stromfäden durch die Wurzeln des Sacralplexus und den Stamm des Ischiadicus hindurchfliessen müssen. Die *Massage* ist erst dann geboten, wenn unter dem Gebrauche von Bettruhe, Wärme, Injectionen, Elektrizität die Schmerzhaftigkeit schon abgenommen hat oder in chronischen Fällen überhaupt gering ist oder nur zeitweise sich verstärkt. Autor giebt durchaus den *milderen* Formen, dem leichten Drücken oder Streichen längs des Nervenstammes, eventuell auch leichtem Beklopfen und Erschüttern den Vorzug vor dem energischen Massiren. Sehr empfehlenwerth ist die *unblutige Nervendehnung*. Sie wird so vorgenommen, dass man in horizontaler Rückenlage oder in Seitenlage (auf der gesunden Seite) des auf einer schmalen Bank ruhenden Pat., zur Seite stehend, dessen krankes Bein mit beiden Händen am Knie und Fuss ergreift und unter Streckung im Knie- und Fussgelenk im Hüftgelenk möglichst stark beugt und gegen den Rumpf heraufzieht; in dieser Flexionsstellung wird das Bein 1 bis 3 Minuten gehalten. Naegeli empfiehlt folgendes Verfahren: Pat. wird auf die gesunde Seite gelegt, das gestreckte Bein von einem Assistenten in nicht allzu forcirter Stellung gehalten, während der Arzt in der Incis. ischiadica, am unteren Rande der Glutäen dicht hinter dem Trochanter major, ferner an der hinteren Fläche des Oberschenkels und in der Kniekehle der Reihe nach den Nervenstamm und seine Zweige energisch zu strecken und zu dehnen strebt. Eulenburg hat über dieses Verfahren, einer Combination von unblutiger Nervendehnung und Massage, keine grosse Erfahrung, es scheint aber gut vertragen zu werden und wenigstens vorübergehend in erheblichem Maasse lindernd zu wirken. Sehr viel hält Autor von der *Balneo-therapie*, namentlich für hartnäckige und veraltete Fälle, sei es dass darunter *Thermalbäder* oder *Kaltwassercur* verstanden wird. Die Wildbäder, die stärkeren Kochsalzthermen und Soolen, noch mehr die natürlichen (auch künstlichen) Kohlensäuresoolbäder rühmen sich mit Recht ihrer Erfolge.

Das Gleiche gilt von den hydrotherapeutischen Verfahren, z. B. der *schottischen Douche* (zuerst warmes Wasser in allmählig gesteigerter Temperatur bis zum Nachlass des Schmerzes, dann plötzlich ein kalter Douchestrahl). Auch *heisse Packungen*, *Heissluftapparate* sind empfehlenswerth, und selbst in schwersten, verzweifelten Fällen versagen selten ihre Wirkung die heissen *Sandbäder*, die natürlichen *Schlamm-* und *Schwefelschlambäder* (Neundorf, Pystian), ferner die localen *Fangoapplicationen* und Einpackungen. *Operativ* kann man bei Ischias nur vereinzelt Hilfe bringen (s. oben); die früher empfohlene Resection des Ischiadicus, die blutige Dehnung etc. haben sich nicht bewährt.

(Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1899.)

Otitis. Zur conservativen Behandlung der chronischen Mittelohreiterung ergreift Prof. Stetter das Wort. Es ist ihm im Laufe des verflossenen Jahres gelungen, einige Fälle von alten chronischen Mittelohreiterungen zur Heilung zu bringen, die, wie eine Nachuntersuchung ergab, auch bis jetzt noch anhält, sodass Autor es für richtig hält, das von ihm geübte Verfahren zu veröffentlichen, damit die Behandlung und Heilung einer leider so häufigen und schwer erfolgreich zu bekämpfenden Erkrankung *jedem praktischen Arzte* möglich werde. Die Radicaloperation wird nie Gemeingut der Aerzte werden, auch ist sie nicht ungefährlich und durchaus nicht radical, da Recidive häufig vorkommen. Wenn, wie es bei der grössten Mehrzahl der chronisch eitrigen Mittelohrentzündungen thatsächlich der Fall ist, eine relativ grosse Perforation des Trommelfells besteht, durch welche hindurch wir Zugang zum Mittelohr erhalten, so musste es gelingen, die vorliegenden Hindernisse zu überwinden und das Ohr derartig vom Eiter zu reinigen, dass mit Erfolg medicamentöse Lösungen in Gebrauch genommen werden können. Hindernd in den Weg stellen könnten sich Grösse und Lage der Perforationsöffnung und Dicke und Zähigkeit des Eiters. Das erstere Hinderniss lässt sich durch Vergrösserung der Oeffnung mit dem Messer beseitigen. Um aber *das zähschleimige Secret in ein dünnflüssiges zu verwandeln*, das nicht so fest an der kranken Schleimhaut und den Gehörknöchelchen klebt, liess Stetter folgendes Verfahren mit Erfolg anwenden: Man lässt eine 2%ige Lösung von *Kal. jodat.* herstellen, der (auf 100 g) 20 Tropfen *Lysol. pur.* beigemischt werden. Nachdem das Ohr mittelst

eines in dieser Lösung angefeuchteten Wattetampons sorgfältig gereinigt ist, wird der ganze Gehörgang 3—4 mal am Tage mit der erwähnten Lösung vollgegossen, dieselbe 5 Minuten im Ohr belassen und durch die Traguspresse tief ins Mittelohr bis möglichst zum Abflusse durch die Tube hineingedrückt, dann durch Neigen des Kopfes herausgelassen, und nun *ohne vorherige Austrocknung* der Gehörgang mit einem in dieselbe Flüssigkeit getauchten Wattetampon gut verschlossen. Nach wenigen Tagen verliert der Eiter seine schleimige Beschaffenheit, und nun ist es möglich, die Aufsaugung des sämtlichen in den Nischen und Falten des Mittelohrs befindlichen Eiters zu erreichen, und zwar mittelst der dazu ausgezeichnet geeigneten *Haug'schen Chinolin-Naphthol-Gaze**), welche wegen ihrer Weichheit ganz tief eingeführt werden kann. In wenigen Tagen bei 2maligem Wechsel der Gaze innerhalb 24 Stunden lässt sich bereits Abnahme der Eiterung wahrnehmen, sodass bald der Gazetampon nur noch 1 mal in 24 Stunden erneuert zu werden braucht, dann 2—3 Tage, sogar 8 liegen gelassen werden kann, bis schliesslich die Eiterung ganz aufhört (die Gaze wird dann nur noch zum Schutz gegen äussere Schädlichkeiten und eventuell Reinfektion vom Gehörgang aus in diesen eingeführt). Um die vom Nasenrachenraum her drohende Infektionsgefahr möglichst auszuschliessen, lässt man nach Beseitigung der Ohreiterung noch eine zeitlang Inhalationen von *Kal. chloric.*-Lösungen gebrauchen. Bei denjenigen Fällen, bei welchen zu gleicher Zeit Erkrankungen des Nasenrachenraumes (Katarrhe oder adenoide Wucherungen) vorliegen, müssen selbstredend diese zusammen mit resp. vor dem Ohrleiden behandelt werden. Die Vegetationen werden ausgekratzt, gegen die Katarrhe helfen gleichfalls *Kal. chloric.*-Inhalationen und die sehr zu empfehlenden 1—1½ % igen Lösungen von *Zink. sozodolic.*, welche mittelst eines Refraichisseurs durch die Nase eingestäubt werden. Auf diese Weise gelang es Stetter, bisher 28 Fälle von alten chronischen Mittelohreiterungen definitiv zu bessern, insofern, dass das lästige Symptom des Eiterausflusses verschwand (bis jetzt 6—4½ Monate). Das Gehör kann natürlich nicht mehr zur Norm zurückkehren. Sind *Granulationswucherungen* vorhanden, so müssen auch sie vorher beseitigt werden. Das geschieht durch Aetzung mit *Acid. trichloracetic. pur.*,

*) Verbandstoffabrik von A. Aubry, München.

bei sehr grossen mittelst der Schlinge oder dem Galvanokauter. Ist keine isolirte Granulation vorhanden, aber eine gleichmässige, polsterartige, dunkelrothe Schwellung der Schleimhaut der Promontorialwand, so ist Einlegung eines in 10 %ige Trichloracet.-Lösung getränkten Tampons zu empfehlen. Nun ist manchmal der Eiter furchtbar *fötid* riechend, was als Indication zur Operation von mancher Seite angesehen wird. In der That lässt sich diese fötide Secretion schwer beseitigen, doch hat Autor jetzt ein Mittel kennen gelernt, mit welchem es gelingt, jene zu beseitigen. Es ist das *Menthoxol**), welches, mit gleichen Theilen Wasser verdünnt, mehrmals täglich eingegossen, den üblen Geruch nach kurzer Zeit zum Verschwinden bringt (auch danach Einlegen der Haug'schen Gaze!). Dass Menthoxol ein so ausgezeichnetes Desodorans und Desinficiens ist, verdankt es seiner Zusammensetzung. Beim Einlegen des Tampons in den mit Eiter gefüllten Gehörgang behufs Reinigung desselben gewahrt man lebhafte Gasentwicklung, indem Menthoxol wasserfreies Wasserstoffsuperoxyd enthält, das in Berührung mit Eiter Sauerstoff abgibt, wobei das Menthol in Alkohol gelöst zurückbleibt. Wir haben also hier im *Menthol*, *Wasserstoffsuperoxyd* und *Alkohol* 3 mächtig desodorisirend und desinficirend wirkende Mittel gleichsam in statu nascendi an Ort und Stelle in Thätigkeit. Natürlich kommt man nicht immer ohne *Operation* aus. Wo Symptome von Betheiligung des Warzenfortsatzes vorliegen, wo also Periostitis des Proc. mastoid., Fistelbildung im Gehörgang oder auf dem Proc. mastoid., Gehirnerscheinungen etc. vorhanden sind, ist jene indicirt, freilich ist nicht stets gleich Eröffnung des Antrum mastoid. nothwendig, und hat Stetter z. B. durch die Wilde'sche Incision allein bereits eine Anzahl derartiger Pat. mit einer chronischen Media und Periostitis des Proc. mastoid. definitiv geheilt, indem gleichzeitig mit der Vernarbung der Incision sich auch die Eiterung aus dem Mittelohr verlor. Autor giebt also folgende Vorschrift: Eine *Periostitis des Proc. mastoid.* allein erfordert noch nicht unbedingt die Radicaloperation, sondern es ist dann nach 2 tägiger erfolgloser Anwendung von Burow'schen Umschlägen erst die Wilde'sche Operation zu machen; lässt dann aber die gewöhnlich schnelle Vernarbung länger als 2, höchstens 3 Wochen auf sich warten, wobei sich gewöhnlich in der Wunde pilzförmig wuchernde, schwammige

*) K. Raspe, Weissensee bei Berlin.

Granulationen bilden, und zeigt die Mittelohreiterung keine Tendenz zur Heilung, so ist dann die *Radicaloperation* nach Stake sofort anzuschliessen. — Bezüglich der *Chinolin-Naphthol-Gaze* macht Autor noch eine empfehlende Bemerkung: Er hat jetzt mehrere Fälle (2 nach Masern, 2 während der Influenza, 7 während und nach acutem Schnupfen) von *acuter O. purulenta media* gleich von Anfang an, nachdem die Perforation des Trommelfells eben erst spontan entstanden war, sofort mit der Gaze und gleichzeitigen Inhalationen von Kal. chloric.-Lösungen resp. mit Insufflationen von Kal. sozodolic. (bei den Schnupfenfällen) behandelt und *in durchschnittlich 4 Tagen absolut geheilt*, d. h. mit Sistirung der Eiterung, Verschluss der Perforation und Wiederherstellung normaler Function. Vielleicht nähern wir uns so dem Ziele, dass *jede acute Mittelohreiterung von jedem Arzte geheilt* werden wird und damit die Zahl der veralteten Eiterungen mit ihren Gefahren sich bedeutend verringert.

- Xeroform bei chronischer *O. media purulenta* empfiehlt auf Grund zahlreicher günstiger Erfahrungen Dr. Somers (Philadelphia). In geeigneten Fällen (fehlendes Trommelfell, grosse Perforation etc.) nach gehöriger Reinigung des Ohres applicirt, entfaltet das Mittel eine recht günstige Wirkung und bewirkt eclatante Besserungen, selbst Heilungen.

(Wiener medic. Presse 1899 Nr. 89.)

- „Hydromise“ Watte zum Schutze des Mittelohrs gegen Feuchtigkeit bei perforirtem Trommelfell liess Dr. Knopf (Frankfurt a. M.) anfertigen (G. Lippmann, Einsiedel bei Chemnitz). Die einzelnen Fasern der (fleischfarben gemachten) Watte enthalten genügend Fett, um kein Wasser durchzulassen, sodass die Pat. ruhig baden können, ohne fürchten zu müssen, dass es ihnen schadet.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 9.)

- Können Trommelfelldefecte plötzlichen Tod im Bade herbeiführen? Betreffs dieser Frage schreibt Dr. F. Danziger (Beuthen O. S.): „Nach den bekannten Versuchen B. Baginsky's haben Drucksteigerungen in der Paukenhöhle, welche vom äusseren Gehörgang nach vorheriger Durchbohrung des Trommelfells durch Einspritzen von Flüssigkeit etc. hervorgerufen wurden und die so stark sind, dass

eine Zerspaltung der Membran des runden Fensters eintritt, Erscheinungen zur Folge, die dem Menière'schen Symptomencomplex ähneln. Doch ist eine so starke Einwirkung nicht einmal nothwendig, wie Lucae bewiesen hat, welcher bei Pat. mit Trommelfelldefecten auch ohne Zerreißung der erwähnten Membran dasselbe Resultat erzielte und dies darauf zurückführt, dass *durch eine stossweise Wirkung des Druckes eine Welle hervorgerufen werde, die in der Labyrinthflüssigkeit durch den Aquaeductus cochleae zur Cerebrospinalflüssigkeit fortschreitet, und deren lebendige Kraft sich an der Basis cerebri bricht*. Die Richtigkeit einer stossweisen wellenförmigen Wirkung beweist eine Beobachtung, die ich gemacht habe. Herr L., der mit einem Foramen tympani dextri behaftet ist, bemerkte beim Schwimmen auf dem Rücken, dass plötzlich Wasser in das rechte Ohr drang, worauf sich sofort heftiges Schwindelgefühl einstellte, das ihn zum schleunigsten Verlassen des Bades zwang; das Gefühl dauerte noch 1—2 Tage in geringerem Maasse, bis es nach Anwendung des Katheters verschwand. Der Status ergab die Paukenhöhle gefüllt mit Wasser, welches beim Katheterisiren mit hörbarem Geräusch herausgeschleudert wurde. Der ganze Vorgang ist nichts Anderes, als eine Wiederholung des Lucae'schen Versuches. Pat. hat beim Schwimmen durch eine Armbewegung das Wasser selbst ins Ohr geschleudert und so die stossweise Wirkung hervorgebracht, die dann die Schwindelercheinungen erzeugte, was in ähnlicher Weise beim Ausspritzen des Ohres oft genug beobachtet wird. Die erwähnte Thatsache ist meines Erachtens von der grössten Bedeutung, da bei einem derartigen Accident Bewusstlosigkeit und *Tod durch Ertrinken* eintreten kann; gewöhnlich wird Herz-, Lungen- oder Gehirnschlag angenommen, wenn *im Bade plötzlicher Tod* vorkommt, während das Ohr resp. der Trommelfelldefect meines Wissens noch nicht berücksichtigt worden ist. Bei der grossen Ausbreitung der Otorrhöen gehe ich wohl nicht fehl, wenn ich behaupte, dass kein geringer Theil der Todesfälle durch Ertrinken auf die genannten Drucksteigerungen in der Paukenhöhle zurückgeführt werden müsse. Und besonders in denjenigen Fällen ist diese Ursache sicher sehr häufig, wenn Personen nach dem sogenannten Kopfsprung ins Wasser nicht mehr an die Oberfläche kommen; hier ist die Gewalt so gross, dass bei Narben oder Atrophieen im Trommelfell leicht Läsionen, wie solche Baginsky beobachtete, mit ihren Folgeerschei-

nungen eintreten und zur Bewusstlosigkeit resp. zum Tode durch Ertrinken führen können.“

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1899 Nr. 2.)

Pertussis. Zur Bromoformbehandlung ergreift auf Grund seiner Erfahrungen Dr. E. Feer (Basel) das Wort. Derselbe hat von den zahlreichen gegen P. empfohlenen Mitteln bisher in grösserem Umfange nur Antipyrin, Chinin, tannic. und Bromoform angewandt und dabei von letzterem die weitaus besten Erfolge gesehen. Antipyrin liess oft eine befriedigende Wirkung vermissen; dazu erscheint es nicht unbedenklich, dasselbe längere Zeit bei einer Krankheit zu geben, welche an sich das Herz sehr auf die Probe stellt. Von Chinin, tannic. in kräftigen Dosen ergaben sich öfters erfreuliche Erfolge, aber die Kinder wiesen das Mittel oft zurück; Autor giebt es jetzt nur bei gleichzeitigem Darmkatarrh, bei Pneumonie oder grosser Schwäche. Bromoform wirkt sehr schön, nur muss man *die Dosen nicht zu niedrig nehmen*, wie es meist geschieht. Feer dosirt nach Fiertz. Man verschreibt 5—10 g pur und beginnt die Behandlung mit 3 Mal tägl. a + 2 Tropfen (a = Lebensjahr), also bei einem 2½ jäh. Kinde mit 3 Mal tägl. 5 Tropfen. Nach 2—3 Tagen geht man zu 4 Mal a + 2 Tropfen über. Oft bemerkt man schon nach 2—4 Tagen Erfolg; bleibt derselbe aus, so erhöht man die Einzeldose am Anfang der 2. Woche um 1 Tropfen, nach weiteren 3—4 Tagen noch um 1 Tropfen, sodass also ein Kind von 2—3 Jahren nöthigenfalls 4 Mal tägl. 7 Tropfen erhält. Bei Kindern von 6—12 Monaten beginnt man mit 3 Mal tägl. 2—3 Tropfen, bei noch jüngeren 1—2 Tropfen. Ueber 50 Tropfen pro die brauchen auch grosse Kinder nicht (Erwachsene bis 70—80 Tropfen). Man giebt Bromoform nach den Mahlzeiten in 1 Kaffeelöffel Zuckerwasser (eventuell Milch, Eigelb). Den Angehörigen muss dringend eingeschärft werden, *das Bromoform ausserhalb des Bereiches der Kinder wohl verschlossen aufzubewahren*, die Kinder lieben das Mittel nämlich seines starken süssen Geruches wegen und suchen davon zu naschen; sämmtliche Intoxicationen entstanden auf diese Weise, und auch Feer erlebte eine solche bei einem 3 jäh. Mädchen (Coma, Cyanose, rasche Genesung) welches auf den Tisch gestiegen war und aus dem vom Schrank heruntergeholten Fläschchen ca. 3—4 g getrunken hatte. Man verschreibe auch nie mehr als 5—10 g! Bromoform darf nicht zu alt und muss frei von Zersetzung sein, wenn es wirken soll; es muss also stark riechen und darf

keinerlei Rothfärbung zeigen. Autor hat damit 60 Fälle behandelt. Davon war die Hälfte nach 4 wöchentlicher Behandlung geheilt (darunter schwere Fälle, oft mit 30 Anfällen), eine ganze Anzahl früh zur Behandlung gekommener sogar nach $2\frac{1}{2}$ —3 Wochen, ein ferneres Drittel nach 5—6 Wochen, die übrigen (sehr schwere Fälle) nach 6—8. Ein Hauptvorzug des Mittels beruht auch in dem *sehr günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden*, der sich fast durchwegs rasch und dauernd einstellte. Feer möchte das Mittel bei P. nicht mehr entbehren.

Pneumothorax. Zur Casuistik des P. bei Gesunden berichtet S. R. Dr. Levison (Siegburg) über folgenden Fall: Ein 19 $\frac{1}{2}$ jähr., hereditär nicht belasteter Mensch, der nie an Husten und Auswurf gelitten, überhaupt stets gesund gewesen war, bemerkte seit 2 Jahren eine Zunahme des Halsumfangs, sowie dass er, bei sonstigem Wohlbefinden, beim schnellen Gehen oder Bergsteigen ein Druckgefühl am Halse bekam, wobei „ein besonderes, wie pfeifendes Geräusch“ hörbar wurde, während bei ruhigem Gehen keinerlei Athembeschwerden bestanden. Eines Mittags nun erklimm er einen hohen Berg, wobei er wiederholt wegen Brustbeklemmung ausruhen musste; beim Absteigen und auf ebener Erde empfand er keinerlei Beschwerden mehr, 8 Stunden später jedoch musste er in Gesellschaft intensiv lachen, hatte dabei plötzlich das Gefühl, als ob etwas in der Brust reisse, bekam Schmerzen auf Brust und Rücken, sowie beträchtliche Athemnoth und suchte den Arzt auf, der einen ziemlich bedeutenden P. constatirte, aber ausser diesem und der vorhandenen Struma nichts Wesentliches vorfand. Therapie: Strengste Bettruhe, trockene Schröpfköpfe, kleine Dosen Morphinum, Priesnitz'sche Umschläge. Nach etwa 3 Wochen Restitutio ad integrum ohne vorherige Complication. — Wie entstand hier der P. bei dem gesunden Menschen? Autor denkt sich die Sache so, dass *sich infolge der Struma (vielleicht auch des anstrengenden Marsches allein) kleine Emphysemläschen entwickelt, dass ein solches durch die kräftige Expiration beim Lachen barst* und so Luft in die Pleurahöhle trat. Andere Ursachen, wie Trauma, Gangrän oder Abscess der Lunge, Bronchiektasie, hämorrhagischer Infarkt, ein ulcerativer tuberculöser Process lagen sicher nicht vor, wogegen nach Leser Emphysem bei Struma ein häufiges Vorkommniss ist, und nach Lieber-

meister häufiger, als man annimmt, auch nach stärkeren Anstrengungen, die der Lunge zugemuthet werden, Emphysem entsteht. Ein solches muss hier die Grundlage gewesen sein, da selbst die heftigste Expiration beim Lachen kaum imstande sein dürfte, eine ganz gesunde Lunge zu zerreißen, wozu höchstens ganz ausserordentliche Kraftäusserungen geeignet wären. Aber hier, wo die Lungen nicht nur infolge der Struma, sondern auch durch den Bergmarsch erheblich vermehrte Arbeit geleistet hatten, konnte sehr wohl bei einer emphysematösen Alveole oder einem im Interstitium gelagerten Emphysemläschen eine Berstung durch das Lachen zustandekommen, wie das jedenfalls auch in einem 1856 von Dowel publicirten Falle geschah.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 41.)

Psoriasis. Zur symptomatischen Behandlung der P. nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit betitelt Dr. H. Lau einen Artikel. Autor machte die Beobachtung *an sich selbst*, da er seit 15 Jahren an P. leidet. Er wandte früher alle Mittel dagegen an; dieselben halfen zuerst, dann aber versagte jede Therapie, sodass Autor längere Zeit über gar nichts that, ohne dass sich das Leiden darum verschlechterte. Erst in den letzten Jahren suchte er wieder therapeutisch einzuwirken und machte die Erfahrung, dass die *Salzwedel'schen Spiritusverbände* in Form von Priessnitz-Umschlägen am wirksamsten sind. Autor nimmt *Spiritus* 70—92 % und fügt 2 % *Salicylsäure* zu. Am Abend tränkt er Wattebäuschchen von der Grösse der Herde damit, drückt sie leicht an, legt Wachstaffet darüber und dann eine leichte Binde. Am nächsten Morgen werden dann die Schuppen mit Seife und Bürste entfernt. Diese Prozeduren sind schmerzlos, da die Haut sich tagsüber wieder schön erholt. Sollte man aber doch einmal zu eifrig gewesen sein und Reizung sich einstellen, so reibt man 1—3 mal täglich etwas Lanolin ein, deren Ueberschuss mit einem nassen Handtuch leicht abgetupft wird, und genügt das nicht, so lässt man Abends mal den Umschlag weg und applicirt statt dessen Lanolin. Bei weniger hartnäckigen Stellen genügt es auch, tagsüber dieselben 1 bis mehrere Male mit einem in Salicylspiritus angefeuchteten Wattebäuschchen abzureiben. Diese Behandlung ist sehr reinlich und macht also tagsüber gar keine Umstände. Auch eine gründliche Waschung, Morgens und Abends, mit Seife und mit der

Handbürste vorgenommen, genügt öfters allein, um frischere und kleine Herde zum Verschwinden zu bringen. Bei Lau treten hin und wieder auch *in der Hohlhand Eruptionen* auf, was er noch bei anderen Pat. *ohne Syphilis* beobachtete; man muss also nicht gleich letztere annehmen! an der Hohlhand konnte Lau die Bildung der Krankheitsherde sehr schön beobachten. Unter der normalen obersten Schicht der Haut, etwa $\frac{1}{2}$ —1 mm tief, bildet sich ein weisser Fleck; schneidet man die darüberliegende weiche und normale Epidermisschicht durch, so stösst man auf eine weisse Masse, gebildet aus kleinen weissen Schüppchen. Dieselben kann man mit der Messerspitze ohne alle Blutung und ohne Schmerzen entfernen, und verheilt dann die kranke Stelle gewöhnlich ohne Behandlung, wobei hin und wieder noch leichte Schuppenbildung eintritt, die aber sehr bald von selbst aufhört. Es ist also *ein Process, der von innen herauskommt*, und sich nicht etwa an der Oberfläche bildet und dann tiefer greift. Dafür spricht auch eine andere Beobachtung: An den unteren Extremitäten treten bei Lau öfters kleine Schüppchen auf, unter denen die Haut geröthet und erhaben ist. Diese kleinen Herde breiten sich dann aus. Wird nun mit der Messerspitze die Schuppe abgehoben, so liegt auf der gerötheten feuchtglänzenden Papel eine eingerollte Haarspitze; ist diese jetzt frei geworden, so geht der Process ohne Behandlung zurück. Auch die seltene Localisation an den *Nägeln* weist Autor auf. Man unterscheidet 2 Nagelerkrankungen, Erkrankung

1. *des Nagelbettes*; da sieht man unter der Lunula rothe Pünktchen;

2. *des oberen Theiles des Nagels*; er zeigt dort Vertiefungen und Längsrinnen.

Letzteres ist bei Lau der Fall. Es bilden sich am Nagelfalz, dort wo die Haut sich nach unten umgeschlagen hat, stechnadelkopfgrosse Stellen, die Schuppen produciren. Diese Schuppenkegel drücken nun auf den neugebildeten, noch weichen Nagel, und je nachdem sie dies längere oder kürzere Zeit thun, findet man an dem vorbeipassirten Nagel vertiefte Längsrinnen oder Punkte. Der Nagel ist also nicht selbst erkrankt, sondern nur mechanisch geschädigt. Auch das freie Ende des Nagels kann erkranken; man findet weisse Verfärbungen, die centralwärts vom freien Nagelrande fortschreiten. Als Ursache entdeckt man unter dem Nagel an den betreffenden Stellen eine Schicht weisser Schuppen, welche der Unterfläche des Nagels anliegen und

ihn vom Nagelbett abheben. Bei dieser Nagelerkrankung genügte es immer, die Nägel mit Seife und Bürste ordentlich zu bearbeiten; sobald die Schuppen gehörig entfernt sind, erholen sich die Stellen sehr bald von selbst. Ist der freie Rand tiefer erkrankt, so muss man vorher den Nagel genügend entfernen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 Nr. 34.)

— Bei *P. des Körpers* (auch bei *Ekzema psoriasiforme*) benützt Dr. M. Hodara (Constantinopel) erfolgreich Chrysarobin in folgender Form:

Rp. Chrysarobin.
Ichthyol.
Acid. salicyl. aa 2,5
Chloroform.
Glycerin. aa 25,0.

Die Herde werden damit jeden 3. (höchstens 2.) Tag bepinselt, während an den übrigen Tagen nur Olivenöl oder Coldcream (eventuell mit Zusatz von Ichthyol zu 1 0/0) bestrichen, — eine durchaus reizlose Behandlung, die fortgesetzt wird, bis alles Kranke verschwunden.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. XXIX Nr. 6.)

Syphilis. Langdauerndes remittirendes Fieber bei tertiärer S. kommt sicher vor, und in dunklen Fällen, wo dies Symptom als einziges besteht, muss man stets auch an S. denken. Verwechselungen mit Tuberculose, Malaria u. dgl. kommen vielfach vor, die Pat. werden nach dem Süden, nach Lungenheilstätten etc. geschickt, monatelang mit Chinin behandelt etc., bis endlich eine andere Erscheinung den Verdacht auf S. erregt und jetzt eine spezifische Cur das monatelang bestandene Fieber zum Verschwinden bringt. Auch Dr. Caro (Posen) beobachtete bei einem 42jähr. Herrn 6 Monate lang remittirendes Fieber. Pat. erkrankte im April 1898 mit einfacher fieberhafter Angina. Dieselbe ging bald vorüber, es schloss sich aber jenes Fieber an. Pat. war 5 Monate vorher wegen *Ulcus durum* und folgender spezifischer Erscheinungen antiluetisch behandelt worden und hatte auch später noch mehrfach spezifische Curen durchgemacht. Als Caro den Pat. beobachtete, fand sich *ausser dem Fieber zunächst nichts* mehr vor, *später geringe Dämpfung an der einen Lungenspitze, aber sonst nichts Pathologisches.*

Nach einer Freiluftmasteur stieg das Körpergewicht, aber das Fieber bestand weiter, der *untere Leberrand wurde palpabel*. Verschiedene Autoritäten wurden consultirt, konnten aber zu keiner sicheren Diagnose gelangen. Im September schickte Caro den Pat. noch zu Prof. A. Fränkel (Berlin); Pat. bot auch damals nichts dar, als die *sehr geringe Dämpfung in der Gegend der Lungenspitze, geringe Leberschwellung, geringe Gingivitis, mässige Anämie*, und war Caro geneigt, *Tuberculose* (in der Familie des Pat. war diese vorgekommen) anzunehmen. Fränkel kam auch zu keiner sicheren Diagnose, schickte Pat. nach Montreux. Auf dem Wege dahin, in Frankfurt a. M., erkrankte Pat. *plötzlich nach kurzem Irresein mit völligem Bewusstseinsverlust*, und wurde ins Spital geschickt. Dort konnte Prof. Edinger zunächst nur einen *2 tägigen epileptischen Dämmerzustand* constatiren (20. X. 98.), nachher entwickelte sich *Schwachsinn* wie bei einem Paralytiker, *stammelnde Sprache*, aber keine Lähmungs- oder Sensibilitätsstörungen. Da für S. charakteristische Zeichen fehlten, glaubte Edinger an *progressive Paralyse*. Allmälige Besserung. Am 20. XI. nur geringe psychische Schwäche, kein körperliches Cerebralsymptom. Da plötzlich *wieder leichter Anfall von Verwirrung mit vorübergehender Gedächtnisstörung und Schlafsucht*. Mit *allgemeiner motorischer und psychischer Schwäche* kam Pat. (Januar 1899) zu Prof. Ziehen (Jena), der folgenden Status aufnahm: Organe gesund, nur Leber etwas vergrössert; stärkere Anämie; Ulcerationen an der Gingiva; Pupillen intact, Sehschärfe normal, ebenso Zunge, Facialis; dynamometrische Kraft beiderseits knapp 30, rasches Ermüden, Gehfähigkeit $\frac{1}{4}$ Stunde, mässige Paraparese; starker Intentionstremor (links grösser als rechts); sämtliche Sehnenphänomene gesteigert; kein deutlicher Romberg; Sprache langsam, ohne Haesitation; kein Fieber, Puls 100—110; mässige Drüsenschwellungen; subjectiv: Herzklopfen, Angst, geistige Abnahme; Verwirrtheit (verwechselt das Datum, Orte, Personen), Nachts Angstvorstellungen. Ziehen diagnosticirte *diffuse Hirnsyphilis; nach Kräftigungs- und specif. Cur wesentliche Besserung*. Mitte April 1890 sah Caro den Pat. wieder, der *psychisch fast der Alte aus gesunden Zeiten* war, *kein Fieber* hatte, auch *normales Zahnfleisch* darbot, *keine Leberschwellung, keine Dämpfung am Thorax* zeigt. Ende April bekam er aber am harten Gaumen eine kleine eitrige Ulceration, mit der Sonde kam man auf rauhen Knochen. Jodnatrium, lokal Arg. nitr.

Bald Vernarbung. Seitdem (bis Mitte Juni) *Pat. ganz normal*, ist geschäftlich thätig, kommt allen Pflichten nach, *erscheint ganz gesund*. Zweifellos hatte hier das 6monatliche Fieber ein schweres, auf S. beruhendes Gehirnleiden eingeleitet!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 27.)

- Tertiär syphilitische Tumoren von seltener Localisation sah Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) bei einem 44jähr. Mann. Status am 8. V. 99.: Tumoren an der Innenseite der rechten Wange (haselnussgross) und neben dem Nasenknorpel unter der Haut rechterseits, wo Knorpel und Knochen der Nase zusammenstossen. Dieser Tumor von unregelmässiger Gestalt, ebenfalls etwa haselnussgross, die Haut darüber stark hyperämisch (daher starke Gesichtsentstellung!). Endlich wallnussgrosser Tumor (angeblich schon seit 2 Jahren bestehend) unter dem unteren Ansatz des rechten Sternocleidomastoideus. Die beiden Tumoren im Gesicht waren erst linsengross, wuchsen dann allmähig. 3. oberer rechter Molaris defect, von dem 2. steht nur noch eine Wurzel. Autor dachte erst an Actinomykose. Incision an der Innenseite der rechten Wange unter Schleich, Auskratzung mit scharfem Löffel, mikroskopische Untersuchung (ergab fibröses Gewebe). Ung. einer. zur Einreibung über den Tumoren. 25. V. Tumoren kleiner. 9. VI. Tumoren an Nase und Wange fast geschwunden, der 3. besteht noch. Weiter Ung. einer. 3. VII. Aus der Geschwulst unter dem Sternocleidomast. wurden vor 14 Tagen unter Schleich Gewebsstückchen exstirpirt. Man fand Drüsengewebe, was den Autor noch mehr in dem Verdacht bestärkte, dass S. im Spiele sei. Die Röthung an der Nase nahm wieder zu. Jodkali. 31. VII. Nach 6 g Jodkali erheblicher Rückgang. 18. VIII. Tumoren völlig beseitigt, ebenso Hyperämie an der Nase, Drüse unter Sternocleidomast. kaum noch fühlbar.

(Die ärztliche Praxis 1899 Nr. 19.)

- Als Beispiele für die Betheiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis hatte Dr. E. Levin (Berlin) im vorigen Jahre 2 Fälle veröffentlicht, bei denen es sich um mercurielle Geschwüre am weichen Gaumen handelte. Jetzt publicirt Autor 3 ähnliche Fälle. Die Differentialdiagnose mit Syphilis ist oft schwer, aber ungemein wichtig, weil bei Fortsetzung der Quecksilbercur das Geschwür, wie es auch in einem Falle des Autors der Fall war, immer

weiter greift, während bei indifferenter Therapie rasch Heilung eintritt. Alle 5 Fälle des Autors betrafen Syphilitiker und man könnte doch annehmen, dass die S. und nicht das Hg. ätiologisch einwirkte, wenn nicht bei einem 6. Falle, wo ein Pat., bei dem S. auszuschliessen war, wegen Morpiones Ung. ciner. verordnet bekam und schon nach 2maliger Einreibung das gleiche Geschwür acquirirte, jedenfalls infolge einer Idiosynkrasie gegen Hg, das hier schon in so kleiner Menge jene Affection hervorbrachte. Ausser in dem genannten Falle, wo die Hg-Behandlung fortgesetzt wurde, als schon Stomatitis eingetreten war, verliefen die sonstigen Hg-Intoxicationen, bei denen es zur Ulcerationsbildung am weichen Gaumen kam, leicht, unter mässigen Allgemeinerscheinungen, und heilten sämmtlich ab unter einfachen Bepinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29, Nr. 2.)

- Ueber Anwendung und Dosirung von Jodipin (Merck) lässt sich Stabsarzt Dr. Radestock (Dresden) aus. Jodipin, eine sehr haltbare Verbindung von Sesamöl und Jod (10 %) wurde bisher 3 Mal tägl. 1 Theelöffel dosirt. Da 1 Theelöffel (zu 3,5 g) nur 0,35 Jod = 0,45 g Jodkali enthält, versuchte es Autor mit grösseren Dosen (4—6 Mal tägl. 1 Kaffeelöffel oder 3 Mal tägl. 1 Esslöffel) und fand das Mittel auch in dieser Dosirung (selbst 40—50 g pro die) völlig unschädlich. Es trat Jodschnupfen nie erheblich auf, Kopfschmerzen gar nicht, Jodakne nie heftig. Auch Magenstörungen fehlten stets, und nur eine Beschleunigung der Darmperistaltik trat mitunter ein, die aber gar nicht unvortheilhaft ist; das Jodipin geht ja auch völlig unverändert durch den Magen hindurch und gelangt erst im Darm zur Resorption (worauf es im ganzen Körper als Jodfett zum Ansatz gelangt und längere Zeit hindurch Heilwirkung entfaltet!). Diese Nachhaltigkeit der Wirkung verleiht dem Mittel den Vorrang vor Jodkali u. A. bei Behandlung des Asthma und der S. Hier ist Jodipin angezeigt bei sämmtlichen tertiären Krankheitserscheinungen (auch Tabes, Aneurysmen u. dgl.). Bei Gummiknoten in der Haut resp. Musculatur verbindet man vortheilhaft die innerliche Darreichung mit der äusserlichen Anwendung, indem man Jodipin öfters auf die Knoten aufträgt, sowie in deren Umgebung verreibt. Auch zu einer Schmiercur kann man Jodipin verwenden (3—5 g pro dosi, verreiben sich schnell und werden

rasch resorbirt). Von solch externer Application wird man häufig Gebrauch machen, z. B. bei hartnäckiger tertiärer S. — Casuistische Mittheilung: Ein Pat. zeigte auf Rumpf und Gliedmaassen eine Pigmentsyphilis in Gestalt vereinzelt und gruppenweise stehender, linsengrosser, schwarzbrauner Pigmentflecke, welche durchaus Leberflecken glichen, anamnestisch aber als specifische tertiäre Gebilde zu deuten waren. Eine längere Jodkalicur in Verbindung mit localer mercurieller Behandlung hatte keinen Erfolg gehabt; eine allgemeine Einreibungscur mit grauer Salbe erschien nicht angebracht (Pat. Neurastheniker und ohne bedrohliche Erscheinungen!). Daher combinirte Jodipincur: die befallenen Hautstellen wurden täglich mit 3—5 g Jodipin verrieben, und gleichzeitig täglich 4, später 6 Kaffeelöffel (à 5 g) des Mittels intern genommen. Nach 8 tägiger Cur erschienen die schwarzbraunen Flecke kupferroth, nach weiteren 6 Tagen hellrosa, im Laufe der 3. Woche verschwanden sie vollständig, ebenso die geschwollenen Lymphdrüsen, in deren Nähe resp. über denen Jodipin eingerieben worden war. Gleichzeitig war ein specifisches Geschwür an der Nasenscheidewand ohne locale Behandlung ganz abgeheilt. Pat. vertrug das Mittel ohne jede Reaction. Ausserordentlich günstig gestaltete sich der Heilerfolg (bei ausschliesslich interner Medication) z. B. in folgendem Falle: Ein 30jähr. mit Erbsyphilis behaftetes Mädchen hatte infolge schwerster doppelseitiger Keratitis parenchymatosa und schwerer Choroiditis disseminata das Sehvermögen nahezu ganz verloren, litt ausserdem an hochgradiger Ozaena. Eine Schmiercur mit Hg hatte nicht gewirkt. Pat. erhielt nun 3 Mal tägl. 1 Esslöffel Jodipin, die sie ausgezeichnet vertrug. Im Laufe der 2. Woche heilte die Choroiditis vollständig aus, im Laufe der 3. hatten sich die Hornhäute derartig aufgehellt, dass Pat. mit $\frac{1}{3}$ Sehschärfe auf dem schlechteren und voller Sehschärfe auf dem anderen Auge entlassen werden konnte. Auch die Ozaena war ohne örtliche Behandlung ausgeheilt und das Allgemeinbefinden, speciell der Ernährungszustand hatte sich auffällig gebessert. Bemerkenswerth ist die bei dieser Pat. und auch bei anderen gemachte Beobachtung, dass Jodipin nicht jene störende Reizung der Augenbindehaut bewirkt, wie andere Jodpräparate, und dass es die Ernährungsverhältnisse nicht, wie diese, verschlechtert, sondern sogar hebt. — Bei *Frostbeulen* wendete Autor ebenfalls Jodipin erfolgreich an.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 10.)

Ulcus molle. Ueber die Wirkung des Menstrualblutes auf U. lässt sich Petersen aus: Die Therapie des U. hat im Allgemeinen gute Resultate zu verzeichnen, seitdem sie auf Desinfection der infectirten Geschwürsfläche, sei es durch Antiseptica, sei es durch chirurgische Eingriffe (Auslöfflung etc.) gerichtet ist. Auch die Complication durch Bubonen ist seitdem seltener geworden. Am meisten Schwierigkeiten bereiten der Therapie noch jene Ulcera, die an Stellen sitzen, an denen eine regelrechte Desinfection schwer durchzuführen und Verunreinigungen nicht zu vermeiden sind (Anus, Introitus vaginae etc.). *Man sollte nun annehmen, dass die Menstruation, während welcher die Geschwüre 4—5 Tage lang nicht wie sonst desinficirt und verbunden werden können, und wo sie der Verunreinigung durch das Menstrualblut ausgesetzt sind, von ungünstigem Einfluss auf die Heilung sein müsste. Dem ist aber nicht so! Autor hat sich an dem grossen Material seiner Klinik vom Gegentheil überzeugt und in ca. 40 daraufhin beobachteten Fällen constatirt, dass die Ulcera regelmässig nach Ablauf der Menses bedeutend reiner und besser aussahen als vorher, und zwar diejenigen, die mit dem Menstrualblut in directe Berührung kamen, während an Stellen, die von dem Blut nicht berührt wurden, eher Verschlimmerung sich zeigte. Daraus muss man schliessen, dass das Menstrualblut selbst eine günstige Wirkung auf das U. ausübt. Collegen haben dem Autor dies aus ihrer Erfahrung bestätigt. Köbner fand vor 35 Jahren bei Versuchen mit dem Virus des U., dass die Virulenz desselben durch Vermischung mit Blut (1:700) vernichtet wird. Das würde beweisen, dass das Blut direct baktericid auf die Bacillen des U. einwirkt. Damit hängt es vielleicht auch zusammen, dass beim U. eine Allgemein-infection nie vorkommt, und dass die einzige Complication auf dem Wege der Lymphbahnen zustande kommt; übrigens enthalten auch die Bubonen keine Bacillen! Prof. Stroganow fand ferner, dass der weibliche Genitalcanal während der Menses steril wird. Diese baktericide Eigenschaft des Blutes wird vielleicht auch in der Therapie des U. Verwerthung finden können.*

(Deutsch. ärztl. Verein zu St. Petersburg, 5. IV. 99. —
St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 Nr. 32.)

Vermischtes.

— Die Verordnungsweisen des Naftalan von Privatdocent Dr. Paschkis (Wien)*):

Rp. Naftalan. 20,0
Cer. flav. 5,0.
Pic. liq. 5,0
S. Theersalbe (bei chron. Ekzem).

Rp. β -Naphthol. 2,0—10,0
Naftalan. ad. 100,0
S. Naphtholsalbe.

Rp. Pyrogallol. 5,0
Naftalan. 45,0
S. Bei Psoriasis.

Rp. Naftalan. 20,0.
Sapon. kalin. 10,0
Pic. liq. 5,0
Sulfur. praec. 5,0
S. Schwefeltheersalbe (bei Herpes tonsur.).

Rp. Acid. salicyl. 10,0
Naftalan. 90,0
S. Bei Hautjucken.

Rp. Hydrarg. praec. alb.
Bismuth. subnitr. aa 4,0
Naftalan. 40,0
S. Psoriasis.

Rp. Zinc. oxyd. 20,0
Naftalan. benzoat. 70,0
Aq. dest. 10,0
S. Zinksalbe.

Salicylsäure löst sich nicht in Naftalan, sie muss daher mit einer kleinen Menge Naftalan fein verrieben werden. Alle Naftalansalben mit pulverförmigen festen Ingredienzien werden in gleicher Weise angefertigt. Wenn es sich darum handelt, denselben grössere Zähigkeit zu geben, so kann man als Grundlage Naftalan mit einem Zusatz von 10⁰/₀ Lanolin. anhydr. nehmen. Sollen die Salben fester werden,

*) 1. Fortsetzung.

so kann man dem Naftalan bis 20 0/0 Cer. flav. zumischen, bei welchem höchsten Zusatz es noch immer Salbenconsistenz behält. Für dermato-therapeutische Zwecke ist, wo nicht eine Gegenanzeige besteht, Ung. Naftalan. plumb. eine sehr zweckmässige Salbengrundlage.

Rp. Ung. Naftalan. plumb.

50,0

Tinct. Rusc. 5,0

β -Naphthol. 1,0

S. Bei pruriginösem Ekzem.

Rp. Ung. Naftalan. plumb.

40,0

Ol. Cadin. 10,0

β -Naphthol. 2,0

S. Bei schuppigen Ekzem, Trichophytie etc.

Rp. Ung. Naftalan. plumb. 40,0

Ol. Cadin.

Ichthyol. aa 10,0

Sapon. kalin. neutr. 20,0

S. Bei pruriginösem Ekzem.

(Allgem. medic. Centralztg. 1899 Nr. 76.)

(Fortsetzung folgt.)

- Ueber Xeroform in der Zahnheilkunde schreibt Dr. H. Fink (Haidenschaft): „Inbetreff Xeroform kann ich Ihnen dessen vortreffliche Verwendbarkeit in der Zahnheilkunde bekannt geben. Nach Pulpaamputation, nach Tödtung der Zahnnerven, die nicht bis zum vollständigen Absterben der Nerven durchgeführt werden konnte, also in Fällen, wo in der Tiefe des Wurzelcanals noch schmerzempfindliche Nervenreste bestanden, blies ich mit Pulverbläser Xeroform ein, wischte das überflüssige gut ab und legte Plombe darüber, sei es nun Cement- oder Metallarplombe, jedesmal mit glänzendem Resultate. Kein auf diese Weise plombirter Zahn kam zur Extraction, obwohl die Nervtödtung nicht exact durchgeführt war, worauf sonst gewöhnlich solche Schmerzhaftigkeit sich einstellt, dass der Zahn mit Plombe herausgenommen werden muss; im Gegensatz hierzu zeigten die in der angegebenen Art zugerichteten und plombirten Zähne nicht die geringste Schmerzhaftigkeit und hielten vortrefflich.“

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 Nr. 81.)

- Vasogen. spissum hat Dr. L. Leistikow seit 3 Jahren als Salbengrundlage benutzt. Für alle acut einsetzenden oder mit heftigen entzündlichen Processen auftretenden chroni-

schen Hautaffectionen eignet es sich als solche nicht, da es starke Quellung und Erweichung nebst energischer Zurückhaltung und Rückstauung der Secrete bewirkt. In 1. Linie passt es für *Stauungshyperämieen* (mit oder ohne Zusatz von Medicamenten z. B. Ichthyol), z. B. *Rosacea angioneurotica* und *Perniosis* (Zusatz von Ichthyol). In 4 Fällen gelang es Leistikow, durch prophylaktische tägliche Einreibungen von 5 0/0 igem Ichthyolvasogen während des Sommers, das Auftreten der Frostbeulen zu verhüten. In 3 Fällen von *Prurigo* konnte er ferner durch 10 0/0 iges Liantralvasogen die Epithelverdickung, Papeln, Krusten beseitigen, vor allem aber das Jucken unterdrücken. Das der *Prurigo* nahestehende *Ekzema pruriginosum*, das meist auf fettarmer blasser Haut vorkommt, Kratzeffekte, Juckreiz, papulöse, squamöse, vesiculöse, krustöse Efflorescenzen aufweist, die nicht, wie *Prurigo*, an die Streckseiten gebunden sind, erfordert eine energische Behandlung. Wegen der Fähigkeit, die Haut rasch zu erweichen, und der Tiefenwirkung wandte Autor auch hier das Vasogen. spiss. an (mit 10—20 0/0 Liantral) und erzielte überraschende Resultate. Die eminente Emulsionsfähigkeit des Präparates mit Wasser gestattet auch, das Chlorecalcium als *Solut. Calcii chlorat.* (5—10 0/0) zugleich anzuwenden, die, quellend, erweichend wirkend, die Tiefenwirkung des Vasogens verstärkt, ebenso die des Theers. In 15 Fällen von universellem pruriginösem Ekzem erreichte Autor Heilung in 3—6 Wochen mit Einreibung von

Rp. Vasogen. spiss. 50,0
Sol. Calcii chlorat. 50,0 (5—10 0/0)
Liantral. 5,0—10,0—20,0.

Bei *Ekzema keratoides manuum*, einer äusserst hartnäckigen Affection ist Vasogen. spiss. ebenfalls sehr empfehlenswerth, desgleichen in lange bestehenden Fällen von *Ekzema psoriatiforme* und *Psoriasis* (als Vehikel für Theer- und Chrysarobin), endlich auch bei *Lichen planus*, wo Autor in 10 Fällen die Unna'sche Lichensalbe verordnete:

Rp. Zinc. oxyd. 25,0
Vasogen. spiss. 225,0
Acid. carbolic. 10,0
Hydrarg. bichlorat. 0,3—1,0—2,0.

(Monatshefte f. prakt Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 7.)

— Die innere Anwendung des Protargols empfiehlt warm Dr. J. Ruhemann (Berlin). Sie drängt sich bei der Betrachtung der guten Eigenschaften des Mittels sofort auf. Die Thatsache, dass wässrige Protargollösung weder durch Eiweiss, noch durch verdünntes Chlornatrium, weder durch verdünnte Salzsäure, noch durch Natronlauge gefällt wird, sichert dem Protargol einen entschiedenen Vorrang vor dem salpetersauren Silber. Dazu kommt die Reizlosigkeit des Mittels, welches Magen und Darm in keiner Weise belästigt. So wurde es bei einem sehr vorgeschrittenen *Magencarcinom*, bei dem wochenlang starkes Erbrechen nach den leichtesten Speisen und Getränken und heftige Schmerzparoxysmen vorhanden waren, nicht nur vortrefflich vertragen, sondern es trug zu einer Besserung des Erbrechens, einer gesteigerten Leistungsfähigkeit des insuffizienten Organes und zu einer Verminderung der Gastralgien wesentlich bei (es wurden 21 g Protargol in 0,1 g enthaltenden Pillen, täglich 6 Stück gegeben). Auch sonst konnte Autor, selbst bei mangelhaften Magenfunctionen chronischer oder acuter Natur, keine schädlichen Wirkungen des Protargols auffinden, und bei protrahirtem Gebrauch desselben (95 g in 9 Monaten) trat keine Schädigung der Verdauung ein, höchstens eine leicht stopfende Wirkung, die aber weit geringer ist, als die im Gefolge von Argent. nitr., immerhin aber so, dass man das Protargol als mildes Stopfmittel längere Zeit verwerthen kann und Ruhemann es auch bei einer Reihe von chronischen, leicht recidivirenden *Diarrhöen* mit Vortheil benützt hat. Auch bei einem Falle von recidivirend auftretenden Geschwüren in den oberen Darmparthieen eines jungen Mädchens, Ulcerationen, welche mit einer schleichend verlaufenden hartnäckigen Peritonitis einhergingen, wandte er es erfolgreich an. Er gab gewöhnlich 6 Pillen (à 0,1) täglich, in acuten Fällen 2—4mal tägl. 1 Pulver à 0,5 g (wo Nausea vorhanden, muss man es wegen des unangenehmen metallischen Geschmacks in Oblaten geben!), wie bei *Magenblutungen* (*Ulcus ventriculi*) und *Darmblutungen*, wo sich Protargol ebenfalls gut bewährte. Von dem Gedanken ausgehend, dass Protargol möglicherweise auf die bereits tief in den Organismus eingedrungenen, so schwer zu vernichtenden Gonokokken deletär einwirken könne, gab Ruhemann es bei einigen acuten und chronischen *Cystitiden*, *Mono- und Polyarthritiden* *gonorhoischen Ursprungs* und *Gonokokkenpyämie*, und es schien auch hier Protargol in der That eine günstige Wir-

kung auszuüben. Endlich machte sich eine solche auch bei einem Falle von *Tabes* geltend und ermuthigt zu weiteren Versuchen. Nur hier, wo 100 g Protargol einverleibt wurde, trat Argyrie auf, sonst nicht, sodass solche jedenfalls viel seltener zu sein scheint, als bei Gebrauch von Höllenstein.

(Therap. Beilage Nr. 10 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

- **Jodopyrin** (Jod-Antipyrin) hat Dr. Junkers (Erfurt) seit $\frac{1}{2}$ Jahren in zahlreichen Fällen therapeutisch verwandt. Da das Mittel in Wasser und kaltem Alkohol schwer löslich ist, gab er es stets in Pulverform, und zwar Erwachsenen 3—4 stündl. 1 g, Kindern von 1—10 Jahren 0,1—0,5, älteren 0,5—0,75 dreimal tägl. Es tritt nach der Einnahme profuse Schweissentwicklung, Herabsetzung von Temperatur, Puls- und Athemfrequenz ein, die Pat. befinden sich durchwegs wohler. Das Mittel setzte als *Antipyreticum* bei Typhuskranken schon nach 1 maliger Gabe (1 g) die Temperatur um $1\frac{1}{2}$ —2° herunter. Phthisiker, die Abends nicht zu Schweiss neigen, vertragen 0,5 als Abendgabe gegen leichtes Fieber vorzüglich. Die Temperatur ward normal, es trat Schlaf ein, nie Collapserscheinungen. Bei Puerperalfieber sah Autor öfter nach 1 g die Temp. von 40° auf 38° vorübergehend heruntergehen, das Wohlbefinden sichtlich sich heben; ob das Jod des Jodopyrins bei der puerperalen Sepsis eine desinficirende Rolle spielt, möchte Junkers nicht ohne Weiteres in Abrede stellen. Auch die *antirheumatische* Wirkung des Jodopyrins war eine eclatante. Jede Form von Muskelrheumatismus wurde innerhalb von 3 Tagen oft geheilt, und auch bei acuten wie chronischen Gelenkrheumatismen bewährte sich das Mittel bestens. Besonders prompt war die schmerzstillende Wirkung hier, wie auch bei 8 Fällen von reiner Gicht und bei Arthritis der Alten. Als Specificum gegen *Influenza* bewährte es sich in zahlreichen Fällen vorzüglich, ebenso als *Antineuralgicum*, bei Ischias, Intercostalneuralgien etc., Kopfschmerzen Zahnschmerzen (cariöse Zähne), Schmerzen bei Empyem der Stirn- oder Highmorshöhle wurden erheblich gemildert, dergleichen Anginaschmerzen, lancinirende Schmerzen der Tabiker, Menstruationskoliken (Suppositorien von 0,5—1,0 2—3 stündlich). Heftige Knochenschmerzen bei Knochensyphilis verschwanden. Auch bei *Bronchialasthma* war günstige Wirkung zu constatiren.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 11.)

Bücherschau.

— Das von Prof. Eulenburg und Prof. Samuel herausgegebene Lehrbuch der Allgem. Therapie und der Therapeut. Methodik (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin) liegt uns nunmehr, nachdem auch die Liefgn. 26—41 (à M. 1,50) erschienen, *complet* vor. Diese Lieferungen bilden Bd. III des Werkes (1100 S. stark!) und enthalten folgende Hauptabschnitte: „Allgemeine Therapie der Störungen des Localkreislaufs und der Localernährung“, „Allgem. Therapie der Störungen der Eigenwärme“ von Prof. Samuel, „Allgem. Therapie der Krankheiten der Circulations- und Respirationsorgane“ von Doc. Dr. Gumprecht, „Allgem. Therapie der Krankheiten der Verdauungsorgane“ von Prof. Rosenheim; ferner finden wir die „Stoffwechselstörungen“ von Prof. Klemperer, die „Krankheiten der Harnorgane“ von Privatdoc. Dr. Casper, die „ansteckenden Geschlechtskrankheiten“ von Prof. Caspary, die „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane“ von Prof. E. Fränkel, die „Krankheiten des Nervensystems“ von Prof. Eulenburg, die „Augenkrankheiten“ von Prof. Horstmann, die „Krankheiten des Hörorgans“ von Dr. A. Hartmann, die „Mund- und Zahnkrankheiten“ von Prof. Jung, die „Hautkrankheiten“ von Dr. Unna, die „Infectionskrankheiten“ von Prof. Behring, die „Intoxicationen und Autointoxicationen“ von Privatdoc. Dr. Kionka und die „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe“ von Prof. Krönig bearbeitet. Wir sehen, wie es die Herausgeber auch hier verstanden haben, für die einzelnen Kapitel geeignete Autoren heranzuziehen, und bei Durchsicht der einzelnen Arbeiten selbst bewundern wir immer wieder, wie diese Bearbeiter sich dem Ganzen untergeordnet haben und so zusammen ein originelles, einzig dastehendes Riesenwerk schufen. Dasselbe wird dem Arzte, der in seine Fachwissenschaft tiefer einzudringen bestrebt ist und diese Studien praktisch verwerten will, ausserordentlich gute Dienste leisten.

— Dr. F. Reinke's kurzes Lehrbuch der Anatomie (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin) liegt nunmehr *com-*

plet vor, nachdem auch der 3. Band (Preis: M. 4) erschienen ist. Derselbe enthält „Nerven und Sinnesorgane“ und schliesst sich dem Ganzen würdig an. Es ist dem Verfasser, welcher beabsichtigte, einen Leitfaden zu schaffen, welcher, obwohl kurz, alles enthalten sollte, was dem Studirenden und Arzte beim Studium der Anatomie unumgänglich nothwendig ist, in der That seine Aufgabe vortrefflich zu lösen gelungen. Der Student wird das Buch als Repetitorium vor dem Examen gut gebrauchen können, nicht minder der Arzt, der Vergessenes rasch nachschlagen, sich kurz über dies und das orientiren will. — Von Monti's Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen liegt Heft 8 vor, in welchem der Autor die *Syphilis* und *Scrophulose* einer Besprechung unterzieht. Beide Krankheiten werden dem Leser in bekannt meisterhafter Weise nach allen Richtungen hin klar und präcis geschildert, wobei auf die Bedürfnisse des Praktikers Rücksicht zu nehmen, Monti sich stets angelegen sein lässt. — Endlich erschien noch im gleichen Verlage das Werk „Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Myomen am weiblichen Sexualapparat“ von Prof. Landau. Der Autor, der sich speciell mit diesem Capitel beschäftigt hat, bringt viel des Neuen und Interessanten, und da die Myome in der täglichen Praxis eine wichtige Rolle spielen, wird besonders der sich mit Frauenkrankheiten gern befassende Arzt in dem 84 S. starken, durch gute Illustrationen sich auszeichnenden Buche eine sehr anregende Lectüre finden.

— 7066 Todesfälle der Basler Lebens-Versicherungsgesellschaft medicinisch und statistisch bearbeitet hat Dr. A. Hesse. Das gleichnamige, jetzt bei Joh. Ambr. Barth, Leipzig erschienene Buch (Preis: M. 3) dürfte bei allen Aerzten, die mit Lebensversicherungen zu thun haben, hoch willkommen sein, da es wichtige Zusammenstellungen, Tabellen etc. bringt und ein colossales Material zur Grundlage seiner Untersuchungen macht. Aber auch jeder Arzt überhaupt sollte das Werkchen, welches interessante, für jeden Praktiker wissenswerthe Daten bietet, sich anschaffen. Der Verfasser soll seine Arbeit, deren Abfassung sicher viel Zeit und Mühe erforderte, nicht umsonst geleistet haben, sondern wirklich dazu beitragen, dass das Verständniss und die Kenntniss derartiger statistischer Untersuchungen, welche so wichtige biologische und pathologische Fragen betreffen, in unseren Kreisen allenthalben festen Fuss fasst.

— Sechs Jahre Casuistik. 1250 Fälle aus der Litteratur (1891—1896) für den prakt. Arzt bearbeitet von Dr. E. Graetzer. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preis: M. 10.

Verf. ist Redacteur der „Excerpta medica“ und des „Centralblattes für Kinderheilkunde“. Seine in diesen Blättern in den letzten 6 Jahren publicirten Referate hat er in diesem Werk, alphabetisch nach Krankheiten geordnet, zusammengestellt. Aus der reichen Fülle der in der Litteratur niedergelegten Casuistik ist nur das praktisch brauchbare und werthvolle ausgewählt, und in eine knappe, nur das Wesentliche heraushebende, Form gebracht. So kann der Mangel ausreichender persönlicher Erfahrung, der einen oftmals vor einem Krankheitsbilde, welches von der Norm abweicht, rathlos dastehen lässt, ausgeglichen werden durch diese so leicht und übersichtlich gemachte Kenntnissnahme der Erfahrung der anderen Collegen. Auch eine alphabetisch geordnete Quellenangabe der Zeitschriften und Vereinspublicationen ist vorausgeschickt und dadurch dem litterarisch arbeitenden Arzte ein grosser Dienst geleistet. Dem hervorragend fleissigen und tüchtigen Verf. gebührt für dieses Werk der Dank und die Anerkennung der gesamten Aerztewelt. *)

— Von Medicinalkalendern gingen noch ein: der bei Preuss und Jünger (Breslau) erscheinende (13. Jahrgang) *Medicin-Taschen-Kalender*, herausgegeben von Kionka, Partsch, Leppmann und der *Berliner Medicinal-Kalender*, welcher bei Urban u. Schwarzenberg (Berlin) erscheint. Beide sind, obwohl sie sehr reichlichen Raum für tägliche Notizen gewähren und ausserdem ein stattliches Material wissenschaftlichen Nachschlagmaterials enthalten, recht compendiös, sodass ihre Benutzung nur empfohlen werden kann.

— Bornträger's Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art sind bereits in 3. Auflage erschienen (Leipzig, Hartung & Sohn). Die 36 verschiedenen Blocks (zusammen M. 2 kostend, auch mehrere Exemplare der einzelnen recht billig!), die der Arzt seinem Pat. als Wegweiser für sein Verhalten zu Haus, mitgeben soll, entsprechen dem modernen Standpunkt der Wissenschaft und werden den Beifall der Collegen finden, denen sie eine wesentliche Erleichterung für die Sprechstunde bieten.

— Von der Bibliothek der Medicin. Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Drasche (Karl Prohaska, Teschen) erschienen die Lieferungen 179—183. 2 derselben sind der „Hygiene und gerichtlichen Medicin“ gewidmet, 2 der Disciplin „Venerische und Hautkrankheiten“ und eine enthält den Beginn der „Chirurgie“. Was dies grosse Sammelwerk dem Leser bietet, ist genügend bekannt. Die in Disciplinen abgeschlossenen Bände bringen

*) Diese Kritik entnehmen wir der Zeitschrift „Der Kinderarzt“ 1899 Nr. 10.

sorgfältig von bewährten Autoren bearbeitete Lehrbücher, die sich noch dadurch vor solchen auszeichnen, dass die alphabetische Anordnung sie zugleich zu vortrefflichen Nachschlagewerken macht, die Bearbeitung durch zahlreiche Autoren jede Einseitigkeit ausschliesst etc.

— Der rührige Verlag von S. Karger (Berlin) hat wieder 3 kleine Brochüren edirt, welche die Aufmerksamkeit der Aerzte in hohem Maasse verdienen. Prof. Oppenheim bespricht die **Nervenleiden und Erziehung** (Preis: M. 1,20) in höchst interessanter und anregender Weise, gestützt auf seine reichen Erfahrungen, Prof. Fürstner erörtert die Frage: **Wie ist die Fürsorge für Gemüthskranke von Aerzten und Laien zu fördern?** ebenfalls durch seine Auslassungen den prakt. Arzt sich zu grossem Danke verpflichtend; und endlich publicirt Dr. Werler (Berlin) klinisch-therapeutische Untersuchungen über: **Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel**, und da diesen Präparaten, wie vielfache Publicationen bereits zeigten, ein wirklich hoher Werth zukommt, werden wir das kleine Buch mit vielem Nutzen lesen und daraus Lehren für die praktische Anwendung ziehen.

— Die **Ethik des Arztes als medicinischer Lehrgegenstand** wird gefordert von Dr. O. Ziemssen (Wiesbaden), und publicirt der Autor unter diesem Titel jetzt eine kleine Brochüre (Leipzig, G. Thieme, 44 S.), in der er sich des Näheren über diese Ethik des Arztes verbreitet und seine Ansichten darüber gegenüber andere Autoren vertheidigt, welche von einer besonderen Ethik für Aerzte nichts wissen wollen und den Unterricht über eine solche verschmähen. Die Schrift ist sehr lesenswerth.

— Ueber die **Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins** betitelt Dr. W. Weygandt einen Beitrag zur klinischen Psychiatrie (Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis: M. 2), der sehr bemerkenswerthe Einzelheiten bringt und auch vom prakt. Arzt mit vielem Nutzen gelesen werden dürfte. — Im gleichen Verlage erschienen in 4. Auflage K. Shibata's **Geburtshülffliche Taschenphantome** (Preis: M. 3), die sich bereits grosser Beliebtheit erfreuen, da sie die Verhältnisse noch schwierigerer Natur dem Auge unmittelbar in vorzüglicher Weise veranschaulichen. Auch der praktische Arzt dürfte gut thun, die Taschenphantome stets in der geburtshülfflichen Praxis bei sich zu führen, da er, wenn er sich rasch die Verhältnisse der Kindstheile zu den mütterlichen Sexualwegen ins klare bringen will, hierzu eine ausgezeichnete Handhabe findet.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 4.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Januar

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Anaesthesie, Narkose. Ueber die Anwendung der regionären A. bei grösseren Operationen an den Extremitäten lässt sich Fritz Berndt (Krankenhaus Stralsund) aus und zeigt an 2 Fällen, wie die Methode auch an höheren Abschnitten in Anwendung gezogen werden kann, und richtig angewandt (möglichst breite Binde!) auch schöne Erfolge bringt. Im 1. Fall handelte es sich um einen 80jähr. Mann mit seniler Gangrän der 3 letzten Zehen des rechten Fusses. Bei der langen Krankheitsdauer (ca. 3 Monate), der grossen Schwäche und dem hohen Alter des Pat. wagte Autor eine N. nicht, andererseits musste wegen des immensen Gestankes und der Schmerzen Abhilfe geschafft werden. Autor umschnürte den Oberschenkel oberhalb der Mitte mit einer breiten Gummibinde, injicirte sodann unter Aethylchloridspray in die Gegend des Ischiadicus 0,02 Cocain, das in 20 ccm Wasser unmittelbar vorher aufgelöst war, dann noch 0,02 g in 30 ccm Wasser

gelöst in der Richtung auf den Peroneus und den Saphenus zum Theil, wartete dann 30 Minuten und führte dann fast schmerzlos die osteoplastische Amputation des Unterschenkels nach Gritti aus, während der Pat. höchstens mal ein blitzartiges Stechen empfand. Die A. hielt auch noch 20 Minuten nach Abnahme der Umschnürung an, in welcher Zeit eine Reihe Gefässe unterbunden, die Patella fixirt, die Haut genäht wurde, ohne dass Pat. Schmerz spürte. Fall 2 betraf einen 50 jähr. Arbeiter mit schwerer Phlegmone der Hand, ausgehend von einer Verletzung des Mittelfingers. Elevation der Extremität 2 Minuten, dann Umschnürung des Oberarms mit breiter Gummibinde im oberen Drittel. Injection von 0,05 g Cocain, in 60 ccm physiol. Kochsalzlösung gelöst, vertheilt auf N. medianus, ulnaris, radialis, indem die Hohnadel, jedesmal (unter Aethylchloridspray) auf den betreffenden Nervenstamm eingestochen wurde; zum Schluss ringförmige Oedemisirung des subcutanen Zellgewebes an der Umschnürungsstelle mit physiol. Kochsalzlösung. 35 Minuten gewartet, dann Exarticulation des Mittelfingers, Incision in der Vola bis zum Handgelenk und Spaltung der Sehnenscheide der Beuger des Mittelfingers, Abpräpariren der Haut nach beiden Seiten, dabei Eröffnung zahlreicher kleiner Abscesse, 3 Incisionen am Dorsum der Hand (davon die mittlere über das Handgelenk hinauf), Entfernung von Gewebsetzen mit scharfem Löffel, Tamponade, Verband, — alles ertrug Pat. regungslos, er fühlte absolut nichts. — So kann man mit 4—5 cg völlige A. an Arm und Bein erzielen, wenn man die betreffende Lösung möglichst in die unmittelbare Umgebung der grösseren Nervenstämme bringt und genügend lange wartet. Man bereite die Lösung stets unmittelbar vor der Injection frisch, indem man die 4—5 cg Cocain je nach der Dicke des Gliedes und der daraus resultirenden grösseren oder geringeren Schwierigkeit im Auffinden der Nervenstämme in mehr oder weniger Wasser resp. physiologischer Kochsalzlösung auflöst (mehr als 60 ccm nie nöthig!).

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 27.)

- Einen Fall von plötzlichem Tod während der Narkose schildert Dr. Wanitschek (Prof. Bayer's Abtheilung im Kaiser Franz-Joseph-Kinderspital in Prag). Am 6. V. wurde ein 3 jähr. Kind wegen eines an der Innenseite des rechten Oberschenkels befindlichen guldenstückgrossen Scrophuloderma, welches bisher allen Behandlungsmethoden getrotzt,

operiert. Pat. seinem Alter entsprechend gross, gut genährt und gefärbt. Herz- und Lungenbefund vollkommen normal. In den Leistenbeugen einige bis bohnen-grosse härtliche Drüsen, sonst am ganzen Körper nichts Abnormes. Narkose. Der Fungus wird durch einen Ovalärschnitt excidirt, eben soll die Naht angelegt werden, als plötzlich der Puls ausbleibt, die Wunde zu bluten aufhört, das Gesicht, die Lippen bleich, die Athmung ganz flach werden, die Augen offen stehen, mit ad maximum dilatirten Pupillen, — alles das Werk weniger Secunden. Sofort Wiederbelebungsversuche, aber umsonst. Die Athmung sistirt nun ebenfalls, noch einige tiefe spontane Athemzüge, darauf noch alle 15—20 Minuten Heben der Nasenflügel, das Leben ist entwichen. Alle Versuche, es zu retten, selbst die Tracheotomie, bleiben erfolglos; nach $1\frac{3}{4}$ stündigem Bemühen hörte man damit auf. Die Narkose wurde mit reinem Chloroform ausgeführt, von dem $4\frac{1}{2}$ g verbraucht wurden. Die Section ergab neben unwesentlichen Befunden Folgendes: Tonsillen, sowie Lymphknoten am Zundengrunde und im Pharynx stark vorspringend; Thymus sehr gross ($7\frac{1}{2}$ cm lang, 7 cm breit, stellenweise bis 6 mm dick, wiegt 26 g); Milz vergrössert, die Follikel deutlich prominent; Schleimhaut des Darmes zeigt allenthalben die aggregirten und solitären Follikel vergrössert; mesenteriale Lymphdrüsen stark vergrössert. — Man hatte es hier also mit einem exquisit *lymphatischen* Individuum zu thun. In neuerer Zeit wird der *Hyperplasie der Thymus* ein besonderer Einfluss auf den plötzlichen Tod zugeschrieben. Namentlich Paltauf hat sich mit diesem „*Status thymicus*“ beschäftigt. Er berichtete über Todesfälle bei Kindern, welche ohne Krankheitssymptome, plötzlich, so zu sagen in den Armen des Pflegepersonals verschieden; bei der Obduction fand man auch nicht ein Zeichen eines schweren Leidens als Todesursache, wohl aber die auch in obigem Falle vorhandenen Veränderungen am lymphatischen Apparat, sodass man in der *allgemeinen Körperconstitution die Todesursache* suchen musste. Nach Kundrat gehört auch die *Rhachitis* hierher. Auch da hat Kundrat eigenartige plötzliche Todesfälle erlebt, und auch Wanitschek sah, dass solche Kinder die Narkose schlechter vertragen, dass sie ganz besonders leicht Glottiskampf bekommen und asphyktisch werden. Eine plötzliche Kreislaufstörung (z. B. durch behinderte Athmung) könnte ja zur Hyperämie der Thymus führen, das vergrösserte, geschwollene Organ dann auf den nervösen

Apparat des Herzens drücken, sodass unmittelbar oder mittelbar durch die Centren Herzstillstand einträte. Diese Ansicht Nordmann's entbehrt aber der strikten anatomischen Grundlage, auch giebt es Fälle von Status lymphaticus ohne Vergrösserung oder Persistenz der Thymus. So bleibt nur die Annahme, die auch jetzt allgemein Geltung hat, die *Todesursache in der anomalen Körperconstitution, eben dem Status lymphaticus selbst, zu suchen, welche eine geringere Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen schädigende Einflüsse bedingt.* Zu letzteren gehört sicher die Chloroformnarkose, und wenn auch hier nur $4\frac{1}{2}$ g Chloroform verbraucht wurden, so muss man doch annehmen, dass der ganze Complex von Eindrücken geeignet war, dieses so wenig resistente Individuum in so hohem Maasse zu schädigen; hätte man nur local anaesthetisiert, so wäre vielleicht bei der 1. Injection dasselbe geschehen!

(Prager medic. Wochenschr. 1899 Nr. 37.)

— Einen Beitrag zum Chloroformtod liefert Prof. Dr. Sippel (Frankfurt a. M.). Am 22. II. 93. beabsichtigte er, bei einer 25jähr. Frau wegen Tuberculose des Bauchfells mit mittelmäßigem freiem Erguss die Eröffnung der Bauchhöhle auszuführen. Herz und Lungen boten nichts Besonderes, auch Urin normal. Frisches Chloralchloroform, mittelst des Kappeler'schen Gebläses, genau nach dessen Angaben, applicirt. Fortdauernde Controle des Pulses seitens eines Arztes. Es dauerte lange, bis die Narkose eintrat. Bereits waren 15 g Chloroform verbraucht, ohne dass Unempfindlichkeit eingetreten wäre. Da erfolgten heftige Brechbewegungen, während langsam Chloroform weitergegeben wurde. Es trat Cyanose auf, auch Kleinerwerden des Pulses. Sofort wurde das Chloroform entfernt. In diesem Momente kein Puls mehr. Noch spontan 2—3 Inspirationsbewegungen, auf stärkere Reize noch Reflexbewegungen, Pupillen ad maximum erweitert. Herzmassage, künstliche Athmung und alle sonstigen Maassnahmen ohne Erfolg. Die Section ergab absolut nichts zur Erklärung. Also *typischer Chloroformtod, herbeigeführt durch Stillstand des Herzens.* Solchen Fällen, wo trotz erhaltener Respiration und Reflexerregbarkeit plötzlicher Herzstillstand eintritt, wo kein Zeichen uns die Gefahr anzeigt, stehen wir trotz aller Verbesserungen in der Technik der Narkose nach wie vor machtlos gegenüber! Das Kappeler'sche Gebläse z. B. ermöglicht genaue Dosierung, es führt eine in ihrer Zusammensetzung genau be-

stimmte Chloroformluftmischung zu, — und doch dieser Chloroformtod, der einzige in 24jähriger Thätigkeit! Seit diesem Fall legte Autor das Gebläse bei Seite und ging dauernd zur Tropfmethode über, dabei aber vollen Werth darauf legend, dass die Narkose stets von einem Collegen überwacht wird, welcher mit allen darauf bezüglichen Kenntnissen versehen ist, und welcher nichts zu thun hat, als zu narkotisiren, welcher durch Niemanden gestört werden darf, und welcher, wenn möglich, noch einen Gehilfen hat, dem die Ausführung des mechanischen Theiles, das Tropfen und Halten von Kopf und Maske zufällt, während der Arzt eben nur Puls, Athmung und Pupille sorgfältig beobachtet. Autor hat auch die Ueberzeugung gewonnen, dass es *nicht die Art des Chloroforms ist, welche die Gefahr mit sich bringt, sondern eben das Chloroform an sich*, sodass man unnöthig theuere Chloroformarten benützt. Obiger Fall veranlasste auch weitere Erwägungen. Der Stillstand des Herzens trat ein, während die Pat. unter dem Einfluss des Brechactes länger dauernde, durch einzelne oberflächliche Inspirationen unterbrochene, krampfhaft e Expirationsbewegungen bei geschlossener Stimmritze ausführte. Dadurch musste eine übermässige Kohlensäureanhäufung im Blute eintreten. Gleichzeitig wurde hierdurch der Rückfluss des Blutes aus den Körperven nach dem rechten Herzen gehindert. Beide Wirkungen machten sich äusserlich sichtbar durch die starke Cyanose des Gesichtes. Eine Kohlensäureanhäufung in dem mit Chloroformdämpfen angefüllten Blut muss aber sicher eine nachtheilige Wirkung auf das Herz ausüben. Eine gleiche nachtheilige Wirkung muss hervorgebracht werden durch die infolge der anhaltenden Expirationsbewegungen eintretende Rückstauung des Blutes nach den Körperven und die dadurch bedingte mangelhafte Füllung des rechten Herzens. Beide Momente haben hier gewiss mitgewirkt, und deshalb hat Autor mit dem alten Satz „das beste Mittel gegen das Erbrechen bei der Narkose ist die Verabfolgung von Chloroform“ gebrochen, indem er jetzt grundsätzlich *das Chloroform beim Eintritt von Erbrechen fortlässt und erst dann wieder verabfolgt, wenn nicht nur der Brechact vorüber ist, sondern die Respiration wieder vollkommen frei im Gange und die etwa eingetretene Cyanose geschwunden ist*. Autor hat sich auch überlegt, ob er nicht doch etwas weiteres hätte thun können, um die Pat. zu retten, und er kam zum Entschluss, dass wenn er noch einmal einen derartigen Fall erlebte, er sofort *durch ausgiebigen Schnitt im 4. oder 5. linken*

Intercostalraum den Herzbeutel oder die Pleura blosslegen und versuchen würde, durch rhythmische Application des Inductionsstroms auf das Herz dasselbe zu Contractionen anzuregen, eventuell bei ausbleibendem Erfolg durch Hindurchleiten des unterbrochenen Stromes durch eine den Herzmuskel selbst oberflächlich punctirende Nadel (das 2. Ende des Inductionsstromes irgendwo auf dem Thorax applicirend). Durch die Thoraxwand hindurch geleitet, würde der Strom nicht in genügender Stärke zum Herzen dringen! Der Herzstillstand erfolgt nicht durch Muskel-, sondern durch Nervenlähmung, und dass ein solches Vorgehen physiologisch begründet wäre, zeigt schon ein Ausspruch Landois: „Die bereits schwach und unregelmässig gewordenen Contractionen des Froschherzens können durch elektrische, in rhythmischer Folge angebrachte Reize wieder regelmässig und mit dem Rhythmus des Reizes isochron werden; hierbei wirken bereits die schwächsten Reize (die überhaupt noch wirksam sind) ähnlich, wie die stärksten, die Herzcontraction ist bereits beim schwächsten Reiz die möglichst kräftigste“. Es wäre auch also auf die erwähnte Art bei gleichzeitiger künstlicher Athmung sicherlich ein weitergehender Erfolg zu erzielen, als mit den bisherigen Mitteln!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 44.)

- Eine Reihe von Frauenkrankheiten mit Ichthyol behandelt hat Dr. G. Woyer (Wien), indem er gleichzeitig zum Vergleich auch *Petrosulfol* heranzog, das als Ersatz für Ichthyol gilt und in der That diesem gegenüber den Vorzug hat, weniger intensiv nach Theer zu riechen. Zunächst einige Fälle von *Parametritis puerperalis*. Einführung von 10 % igen Ichthyoltampons linderte in wenigen Tagen die subjectiven Beschwerden und hatte sofort exquisit schmerzstillende Wirkung. Bei *Petrosulfol* liess die resorbirende Wirkung viel zu wünschen übrig, noch weit mehr aber die schmerzstillende. Bei *chronisch entzündlichen Erkrankungen der Adnexa und des Beckenbauchfells* war es ähnlich. *Petrosulfol* wirkte hier zwar resorbirend (aber auch nicht so intensiv als Ichthyol!), aber es blieb wiederum die schmerzstillende Wirkung aus, die bei 10 % igen Ichthyoltampons sehr rasch und schön sich zeigte, sodass Narkotica entbehrlich wurden. *Erosionen*, mit reinem Ichthyol behandelt (Betupfen damit) überhäuteten sich nach 2 Wochen. Bei *inoperablen Carcinomen* (9 Fälle: 4 Fälle Cervix-, 3 Fälle blumenkohlartige Portiotumoren, 2 Recidive nach Total-

exstirpation) wurde die Ulcerationsfläche mit reinem Ichthyol ausgewischt und dann ein mit diesem getränkter Tampon daraufgebracht (nie stärkere Anätzung der Vaginalschleimhaut!). Die Geschwürsfläche zeigte in kurzer Zeit ein vorzügliches Aussehen, und in Fällen von starker jauchiger Secretion wirkte das Mittel sehr energisch desodorisierend und beschränkte die Secretion beträchtlich, auch waren die üblen Gerüche nach 2—3 Tagen fast völlig verschwunden. Besonders trat aber auch hier die schmerzstillende Wirkung hervor, die bei Petrosulfol fehlte, das nur desodorisierend und secretionsbeschränkend wirkte. Bei Ichthyolanwendung kann also hier die Morphiumentation weit hinausgeschoben werden, wodurch der Kräftezustand der Pat. sich viel länger erhalten lässt. Autor bringt das Ichthyol ferner gern zur Anwendung, wenn *nach Massage bei fixierten Retrodeviation des Uterus oder alten perimetrischen Processen* starke Schmerzen auftreten; es hat sich da Einführung eines Ichthyolglycerintampons stets als vorzügliches schmerzstillendes Mittel bewährt, ebenso wie bei 2 Fällen von *Stumpfexsudat nach vaginaler Radicaloperation* (vor 1 resp. $\frac{1}{2}$ Jahr ausgeführt). Hier entschloss sich Autor zu einem Versuche mit der Pineus'schen „Belastungslagerung“. Es wurde ein mit 1 kg Quecksilber gefüllter Kolpeurynter in die Scheide eingeführt und aufs Abdomen als Gegendruck ein kleiner Sandsack gegeben. Bereits nach 3 maliger Belastung wesentliche Verkleinerung des Exsudates, doch nach jeder Sitzung heftige Schmerzanfälle, die aber durch Einführung eines 10%igen Ichthyolglycerintampons (unmittelbar nach Herausnahme des Kolpeurynters) verschwanden, sodass die Behandlung weitergeführt werden konnte und zum Verschwinden der Exsudate und der Beschwerden führte. Auch hier versagte Petrosulfol. Das Ichthyol hat sich also (abgesehen von seiner vorzüglichen Resorptionswirkung) als *eminent schmerzstillendes Mittel* überall bewährt, ja es kann z. B. geradezu als Specificum bei perimetrischen Schmerzen gelten, von welchen ja die Mehrzahl der gynäkologischen Erkrankungen begleitet zu sein pflegt.

(Wiener medic. Presse 1899 Nr. 47.)

- Naftalan bei Verbrennungen hat Werksarzt Dr. J. Petrasko (Nadrag) sehr viel benützt (bei Verbrennungen durch glühendes Eisen, Wasserdampf, brennenden Lack, Salmiakdämpfe etc.). Ganz abgesehen davon, dass die rasche Abheilung mit schönen *glatten Narben* an und für sich schon

Naftalan zum Verbandmittel bei Verbrennungen prädestinirt, ist es die *hervorragend schmerzstillende Wirkung*, welche dies Mittel auszeichnet. Naftalan anästhesirt die Brandwunden besser, als jedes andere Verbandmittel.

(Therap. Beilage Nr. 11 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

Blutungen. Gelatine in einem Falle von *Melaena neonatorum* wandte Dr. A. Gutmann (Emmendingen) mit eclatantem Erfolge an. Das Neugeborene bekam eine sehr heftige *Darmblutung*, Eile that noth. Da liess Autor aus der nahen Lebensmittelhandlung Gelatine holen, liess 3 Blatt davon in $\frac{1}{4}$ Liter Wasser einige Minuten abkochen, nach der Abkühlung die Hälfte per klysma, die andere per os geben. Gleich nach dem Klysma entleerte sich nochmals eine mässige Menge Blut, das offenbar schon im Mastdarm bereit war, dann aber stand die Blutung, und die Tags darauf folgenden Stühle zeigten normale Beschaffenheit. Das Kind genas.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 10.)

— Einen Fall von durch Umstechung und Naht geheilter Nabelblutung bei einem congenital syphilitischen Neugeborenen schildert Dr. F. Heymann (Mannheim, Wöchnerinnenasyl): Die Mutter, eine 23 jähr. II. para, in deren (und auch des Mannes) Familie Hämophilie nicht nachweisbar, hatte 1898 zum 1. Male geboren; das angeblich frühgeborene Kind starb 5 Wochen alt. Letzte Menstruation Mitte November 1898. An der Innenfläche des linken Oberschenkels, dicht unter dem linken Labium, eine etwa 10 pfennigstückgrosse weisse Narbe, über deren Entstehung nichts zu eruiren war. Beiderseits mehrere harte, etwa bohnergrosse Inguinaldrüsen; rechte Cubitaldrüse deutlich fühlbar. Am 9. VIII. $1\frac{3}{4}$ Uhr früh spontane Geburt eines lebenden Mädchens, das 2145 g wiegt, 45 cm lang ist, an beiden Fusssohlen vereinzelte Pemphigusbläschen aufweist. Wird von der Mutter gestillt, trinkt gut, bat normalen Stuhl. Pemphigus trocknet ein. Am 14. VIII. früh fällt beim Baden der Nabelschnurrest ab, wobei geringe Blutung eintritt, die spontan wieder stand; das Kind soll in der Nacht vorher viel geschrien haben. Nachmittags, nachdem es wieder viel geschrien, der auf den Nabel gelegte Wattebausch und die Nabelbinde durchblutet. Hellrothes Blut rieselt langsam an der unteren Peripherie des Nabels hervor. Nach Compression durch einen mittelst Heftpflasterstreifen fixirten Gaze-

tapfer schien die Blutung zu stehen. Autor liess das Kind, sobald es schrie, sofort anlegen und dann aufwickeln. Am 15. VIII. früh Verband verblutet, leichter Icterus, erneuter grösserer, stark comprimirender Heftpflasterverband, Blutung scheint wieder zu stehen. Am 16. VIII. Morgens neue, reichlichere Blutung; Icterus stärker, Faeces farblos, anämisches Aussehen. Compressionsverband mit in Liq. ferri sesquichlorat. getauchter Watte, von der ein Bäuschchen möglichst fest mit der Knopfsonde unter den Rand des Nabels geschoben wird. Die Blutung steht nun. Während Pat. bisher sehr reichlich aus Brust und Flasche getrunken, trinkt sie heut schlecht. Abends 8 Uhr wieder Blutung. Trotz erneuter Application von Liq. ferri und starker Compression durch Heftpflasterstreifen Verband um 1 Uhr und 3 Uhr Nachts wieder durchblutet, es rinnt langsam, aber continuirlich hellrothes Blut aus einer kaum erbsengrossen, granulirenden, nach Herabziehen des unteren Nabelrandes sichtbaren Stelle; Pat. sehr anämisch, livid. Am 17. VIII. $\frac{1}{2}$ 5 Uhr früh Versuch, die Blutung durch Verschorfung mittelst Paquelin zu stillen; misslingt vollständig. Nunmehr *Umstechung der blutenden Fläche mittelst Aluminiumdraht in der Weise, dass zuerst eine Naht von oben nach unten unter dem ganzen Nabel und damit gleichzeitig unter der blutenden Stelle durchgelegt und gezogen wird, worauf fortlaufend zu jeder Seite der 1. Naht eine weitere hinzugefügt wird, welche nur die Haut fasst und diese fest über der blutenden Stelle zusammenzieht.* Blutung steht sofort, auch bei Schreien; auch die Stichcanäle bluten nicht. Fester Bindenverband. Klysma von Kochsalzlösung mit Zucker. Nachmittags 3 Uhr ein wenig Blut im Verband; die äusseren Theile des Verbandes erneuert, subcutane Kochsalzinfusion von 50 ccm unter die Brusthaut. In den nächsten Tagen erholt sich das Kind sehr langsam. Icterus lässt etwas nach, ebenso Anämie, Nahrungsaufnahme bessert sich. Am 21. VIII. Entfernung der Nähte. Es hat nicht wieder geblutet. Nabel ganz überhäutet, leicht geröthet. Neue, stärkere Pemphigusblasen an den Fusssohlen, vereinzelte auch an den Händen. Stuhl sehr wenig gefärbt. 24. VIII. Besserung des Allgemeinzustandes fortgeschritten, Gewicht 1990 g. 26. VIII. Entlassung; Gewicht 2082 g. Pemphigus stärker. — Nabelblutungen bei Neugeborenen sind sehr selten, ihre Prognose sehr ungünstig, indem oft alle therapeutischen Maassnahmen, selbst Umstechung und Umschnürung erfolglos bleiben. Nach

Baginsky steht therapeutisch allem voran die Application des Liq. ferri sesquichlorat., die, wenn sie nicht allein wirkt, mit dem Druckverband combinirt werden soll. In obigem Falle war alles Mögliche ohne Erfolg versucht worden, und dann erst schritt man zur Umstechung als ultimum refugium, ohne grosse Hoffnung auf Erfolg. Der günstige Ausgang zeigte jedoch, dass diese Methode in geeigneten Fällen mehr leisten kann, als Compressivverbände und Styptica. Die Art der Umstechung dürfte für den Erfolg nur insofern von Bedeutung sein, als dieselbe die blutende Stelle wirksam zusammenschnüren muss. Dies wurde in obigem Falle dadurch erreicht, dass die 1. Naht unter der blutenden Stelle durchgelegt wurde und diese zuschnürte, während die beiden anderen die Haut fest über derselben zusammenzogen. Der Eingriff stellte also eine Umstechung und Naht dar. Ein Vorzug der sehr leicht auszuführenden Naht mit Aluminiumdraht ist es, dass der dünne Draht sehr enge Stichcanäle setzt und trotzdem mit sehr grosser Kraft zugeschnürt werden, eventuell nachträglich noch fester angezogen werden kann. Wo nachweisbar hereditäre Hämophilie, hämorrhagische Diathese u. dgl. vorliegen, wird natürlich oft auch diese Therapie erfolglos bleiben, sonst aber empfiehlt es sich, stets davon Gebrauch zu machen, wenn die anderen Mittel versagen, und zwar nicht zu spät, da sonst das zu stark ausgeblutete Kind doch zu Grunde gehen würde.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 Nr. 44.)

- Therapeutische Versuche, die H. Abegg (Danzig) mit Stypticin bei Gebärmutterblutungen anstellte, ergaben, dass Stypticin (3—5 Mal tägl. 1 Tablette à 0,05) *am wirksamsten ist bei B. im Climacterium*, von Nutzen bei zu starker oder unregelmässiger Menstruation und bei B. im Wochenbett, dagegen versagt bei Abortus incipiens und bei B. infolge grösserer Myome oder Polypen.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 Nr. 44.)

- Ueber einen Fall von Nierenblutung angioneurotischen Ursprungs macht Dr. W. Poljakoff (Therap. Klinik Moskau) Mittheilung. Bekanntlich ist bereits als sicher anerkannt, dass es B. aus anatomisch unveränderten Nieren giebt. Klemperer hat diese B. ihrer Aetiologie nach in 3 Gruppen eingetheilt:

1. Nierenblutungen auf Grund der sogenannten Hämophilie.

2. Nierenblutungen nach physischer Ueberanstrengung, folglich traumatischen Ursprungs.

3. Nierenblutungen als Folge einer allgemeinen Angioneurose, folglich auf vasomotorischer Grundlage.

Von letzter Art giebt es bis jetzt nur sehr wenig beweisende Fälle, sodass Poljakoff's Fall von hohem Interesse ist. Derselbe betraf ein 25jähr. schlankes Mädchen, das Autor seit 7 Jahren beobachtet. Familie sicher keine Bluter, aber neuroarthritisch. Pat. leidet schon längst an (völlig compensirter!) Mitralinsuffizienz. Im 12. Lebensjahre begann sie an äusserst heftiger *Migräne* zu leiden. Zu gleicher Zeit stellten sich *vasomotorische Störungen* ein. Letztere äusserten sich in intensivrothen Flecken (thaler-gross!) auf dem Gesicht und ganzen Oberkörper, sobald die geringste Gemüthsbewegung eintrat. Dabei Gefühl von brennender Hitze an diesen Stellen. Ausserdem alle Anzeichen von *Dermographismus*. Pat. hat nie irgendwelche Blutung oder sonstige Zeichen von Hämophilie gehabt; auch bei verschiedenen Operationen trat Neigung zu B. nie zu Tage. Die letzten 5 Jahre leidet Pat. an *Neuralgien des linken Plexus und N. brachialis, der 7., 8. und 9. Nn. intercostales links*. Zu gleicher Zeit fing Pat. an, über zeitweilige Schmerzen in der linken Nierengegend zu klagen. Linke Niere auf Druck schmerzhaft, aber Harn durchaus normal. Vor 1½ Jahren fühlte Pat. plötzlichen Harndrang und entleerte blutigen Urin. Die Hämaturie dauerte 3 mal 24 Stunden, wobei jedesmal ca. 200 ccm blutgefärbten Harnes entleert wurden, und zwar öfter als normal. Am 3. Tage wurde der Harn weniger roth, und nach 24 Stunden bekam er seine normale Färbung wieder. Es hatten sich in ihm Blutkörperchen, Cylinder mit solchen, spärliche Leukocyten gefunden. Dabei keine dyspeptischen Erscheinungen, regelmässiger Stuhl, keine Vergrösserung von Leber und Milz. Linke Niere auf Druck sehr schmerzhaft, nicht vergrössert. Menstruation regelmässig und normal, Lunge normal, Herzbefund dem Fehler entsprechend, keine Stauungserscheinungen, kein Fieber. Heftige Neuralgien (s. oben), die betreffenden Nervenstämme auf Druck sehr empfindlich. Bei völliger Ruhe, Milchdiät, Infus. Secal. cornut. verschwand also die Hämaturie zu Ende des 3. Tages. Woher kam sie? Neoplasma, Tuberculose, Nephrolithiasis, Hämophilie waren sicher auszuschliessen, die oben genannten Zeichen von allgemeiner Angioneurose wiesen aber deutlich auf diesen Ursprung hin und als *Sitz der B. auf die linke*

Niere, wo ja Schmerz bestand. Waren ja auch *interessanter Weise jene Neuralgien auf die linke Seite beschränkt*, wobei man an die Analogie mit einseitigen Paresen oder Hemiplegie hysterischer Natur denken könnte. Nach der Nierenblutung fühlte sich Pat. 1½ Jahre ganz erträglich. Bei kalten Uebergießungen und elektrischer Behandlung besserte sich der Zustand zusehends, d. h. Migräne und Neuralgien wurden seltener; in Nieren, Lungen, Circulationssystem, Harn nichts Abnormes. Da plötzlich 2 Jahre nach der 1. Nierenblutung nach einer Gemüthsbewegung wieder Hämaturie; Pat. entleerte gegen 8 Mal täglich blutrothen Harn, ohne Gerinnsel. Mikroskopischer Befund wie das 1. Mal. Wiederum Empfindlichkeit der linken Niere. Ruhe, Milch, Inf. Secal. Am 4. Tage wurde der Harn weniger roth und am 5. verschwand die Hämaturie ganz. Nun musste Pat. eine weite Bahnreise machen; im Coupé kam die Hämaturie wieder und blieb während der ganzen Reise. Nach Ankunft dauerte sie nur noch einige Tage, dann verschwand sie, statt dessen trat aber 1 Woche später eine *heftige Darmblutung* auf, die mehrere Wochen anhielt, obwohl Pat. nie an Verstopfung (auch während der B. nicht) litt und sich bei der Untersuchung Haemorrhoiden nicht vorfanden. Bald darauf kam Pat. nach Moskau zurück und Autor fand sie in dem Zustande, wie früher immer. Sehr wichtig für Beurtheilung des Krankheitsbildes war die Darmblutung, die sicher *ebenfalls angioneurotischen Ursprungs* war. Man braucht in solchen Fällen nicht nach verborgenen Haemorrhoiden zu suchen, einen sogenannten Haemorrhoidalzustand zu supponiren. *Wenn B. aus gesunden Nieren vorkommen, warum sollte es nicht ebenso am Darm sein können?* Auch Hysterie braucht gar nicht vorzuliegen; finden sich freilich Zeichen davon vor, so unterstützen sie die Diagnose, aber nothwendig sind sie nicht. Eine bessere diagnostische Hilfe bieten andere Zeichen einer allgemeinen Angioneurose, wie sie oben vorhanden waren. Als Ursache der angioneurotischen B. aber muss man eine Lähmung der vasomotorischen Centren annehmen, welche zur Verminderung des Gefäßtonus und zur Ueberfüllung der Capillaren führt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 44.)

Diabetes. Strenge Milchcuren bei D. mellitus empfehlen Prof. Dr. Winternitz und Doc. Dr. Strasser (Wien), und sie kommen in einer „Vorläufigen Mittheilung“ auf Grund ihrer bisherigen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Eine strenge Milcheur macht in kürzester Zeit, meist schon nach 48 Stunden, die Mehrzahl die Diabetiker zuckerfrei oder vermindert zum mindesten die Zuckerausscheidung sehr beträchtlich.

2. Es gilt dies sowohl für die bei jugendlichen Individuen vorkommenden, meist für sehr schwer gehaltenen Diabetesformen, als auch für die bei sehr fettleibigen Personen oder nach Trauma oder Shok auftretenden Zuckerkrankheiten. Auch Fälle, die bei strenger Diabetesdiät und nach Karlsbader Curen nicht zuckerfrei wurden, zeigten unter strenger Milcheur eine weitere Abnahme, selbst vollständiges Verschwinden der Zuckerausscheidung durch den Harn.

3. Bei mit Albuminurie und Nephritis verbundenem D. sahen wir bald nach dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin auch die Albuminurie abnehmen und in einigen Fällen verschwinden.

4. In manchen Fällen sieht man bei strengster Milcheur, nach Schwinden oder blosser Abnahme der Zuckerausscheidung Aceton im Urin auftreten.

5. In manchen Fällen tritt nach Zugabe von Fleisch zur Milch, bei dem Uebergang von der Milch zur gemischten Diät, der bereits vollständig verschwundene Zucker in mehr oder weniger grosser Menge wieder auf. Die Einleitung einer neuerlichen strengen Milcheur bringt ihn wieder zum vollständigen Verschwinden.

6. Bei dem Uebergang von strenger Milcheur zur gemischten Diät ist es noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob die Zugabe von grünen Gemüsen und Cerealien nicht einer solchen von Fleisch vorzuziehen sei.

7. Einzelne Diabetiker werden durch die Milcheur vollständig geheilt und bleiben es bei gemischter Kost mit reichlicher Zufuhr von Amylaceen.

8. Meist findet bei der Milcheur im Anfang eine ganz unwesentliche Abnahme des Körpergewichts statt, bald tritt Stillstand der Abnahme und selbst ein Ansteigen des Körpergewichts ein.

9. Das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate anderer Provenienz ist kein Maassstab für die Assimilation des Milchezuckers bei strenger Milcheur.

(Centralblatt f. innere Medicin 1899 Nr. 45.)

Diphtherie. Einen Eall von Idiosynkrasie gegen D.-Heilserum theilt Dr. Kaup e (Dortmund) mit. Derselbe

hat schon 1895 die Krankengeschichte eines Kindes veröffentlicht, welches nach der Injection von 1000 I.-E. Höchster Serums eigenartige Erscheinungen bot, die als Folgeerkrankungen der Injection aufgefasst werden mussten. Das nämliche Mädchen, jetzt 9 Jahre alt, erkrankte im Februar d. J. wiederum an Rachendiphtherie. Dem Kinde wurden sofort 1000 I.-E. von Behring'schen Serum, und zwar 4 cem 250 fach, unter die Haut der rechten Brustseite injicirt (ausserdem nur Inhaliren von Kalkwasser und Schlucken von Eis). Am Tage nach der Injection traten über der Injectionsstelle kleine Quaddeln auf, welche intensiv juckten, aber nach 12 Stunden verschwanden. Nach 4 Tagen Erscheinungen im Rachen vollständig weg, Pat. ganz wohl, ausser Bett. Am 6. Tage post inject. abermals Fieber (38,5° Morgens in axilla), gegen Abend *am Körper fast handteller-grosse Quaddeln* bei 39,4° Temp. In der Nacht ausserordentliche Unruhe, Pat. hatte sich den ganzen Körper zerkratzt; am Morgen Gesicht unförmlich gedunsen, Beschwerden beim Schlucken, heisere Sprache. In Rachen und Kehlkopf nichts von D. nachweisbar, nur *Schlundring* und *Kehlkopfeingang* stark geschwollen und geröthet, d. h. *derselbe Process wie an der Haut auch hier*. Temperatur Morgens 38,4°, Abends 38,9°. Urin frei von abnormen Bestandtheilen (blieb es auch weiterhin!). Am 24. II. (7. Tag post inject.) starke *Oedeme* der Beine und Hände sowohl, als auch speciell der Knie- und Handwurzelgelenke; gleichzeitig an Vorderarmen und Händen *Petechien*. Temp. 37,9°, Abends 38,3°. Am 25. II. Oedeme prall, Haut darüber glänzend; gleichzeitig in der Oberschenkel- und Beckenmuskulatur lancinirende Schmerzen und zahlreiche wässrige Stühle unter brennenden Schmerzen im After und Leib, d. h. also scheinbar *auf der Darmschleimhaut der gleiche Process*. Am 26. II. wieder normale Temperatur, nachdem Morgens sich reichlicher übelriechender Schweiß eingestellt. Bis Pat. sich vollständig erholt hatte, dauerte es aber immerhin noch 4—6 Tage. — Also *2 mal fast gleiche Symptome nach 1000 I.-E. Höchster Serum*, nachdem beide Male die D. schon verschwunden war; zweifellos eine Indiosynkrasie! Eine solche mag schon öfter im Spiele gewesen sein, wo man Nachwirkungen erlebte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 44.)

— Die Behandlung der Rachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd empfiehlt Prof. Dr. Riegler (Jassy),

der diese Methode bei 155 Fällen bakteriologisch nachgewiesener D. anwandte und nur 6 Todesfälle hatte (alles Kehlkopfdiphtherieen, also einer localen Behandlung nicht zugänglich; 3 davon mit Serum behandelt). Die Pat. Riegler's waren 7—18 Jahre alt. In Bezug auf seine Methode stellt Autor folgende Sätze auf:

1. Es wird in den Rachen des Kindes mittelst eines guten Zerstäubungsapparates eine ca. 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung zerstäubt; infolge der reichlichen Sauerstoffentwicklung bildet sich sofort ein weisser reichlicher Schaum; solange die Schleimhaut diphtheritisch afficirt ist, wird dieselbe durch das Wasserstoffsuperoxyd weiss gefärbt. Die Bildung des weissen Schaumes wie auch die weisse Verfärbung der afficirten Schleimhaut sind ein gutes Zeichen, dass das Wasserstoffsuperoxyd die gehörige Concentration (3%) hat, was ja nicht immer der Fall ist (weshalb man „Hydrogen. peroxydat. medicinale“ ordiniren muss).

2. Eine halbe Stunde nach diesem Spray wird mittelst eines Pulverbläfers in den Rachen so tief und kräftig als möglich eine gute Messerspitze voll von folgendem Pulver eingeblasen:

Rp. Acid. jodic. pulver. 1,0
Sach. alb. ad 10,0

3. Nach Ablauf von $\frac{1}{2}$ Stunde wird wieder die Zerstäubung mit Wasserstoffsuperoxyd vorgenommen, nach einer weiteren halben Stunde wieder das Pulver eingeblasen und so fort, bis die Exsudate vollständig entfernt sind.

4. In der Zwischenzeit lässt man (falls Pat. es imstande ist) öfters gurgeln mit:

Rp. Acid. jodic. 0,5
Aq. dest. 400,0
Glycerin. pur. 25,0.

Vor jedem Spray befette man die Lippe mit Vaseline. Als Antipyreticum giebt Autor Tags über 1—2 g (in Dosen von 0,25—0,5) Chinaphthol (ein von Riegler dargestellter Körper, der im Darm in Chinin und β -naphtalinsulfosaures Natr. zerlegt wird). Schliesslich giebt man noch stündlich 1 Kaffeelöffel von:

Rp. Natr. benzoic. 5,0
Vin. Malacens. 100,0.

Auch Eisschlucken ist vortheilhaft, ebenso kalte Halsumschläge. Zur Nahrung dienen grosse Mengen Milch, kräf-

tige Suppen, reichlich Wein. Will man mit dieser Methode so vorzügliche Resultate erzielen, wie Riegler, so muss man sie ebenfalls frühzeitig in Anwendung bringen. Autor greift zur Serumbehandlung nur bei D. des Larynx und da, wo sich obige Methode nicht anwenden lässt, weil die Pat. beissen, kratzen etc.

(Wiener medic. Blätter 1899 Nr. 45).

- Diphtheriebacillen in einem Panaritium fand Dr. J. Seitz (Zürich). Ein 16jähriger Schüler bekommt ein geringfügiges Panaritium, das keinen fibrinösen Belag, nur etwas Unterminirung durch den Eiter und leichte Lymphangitis bot. Im Eiter echte Löffler-Bacillen. Nach 10 Tagen Heilung. *Pat. hatte die Gewohnheit, an seinen Fingern herumzukauen.* Auf seinen ganz gesunden Mandeln förderte die Untersuchung *echte Diphtheriebacillen* zu Tage! Pat. selbst, sowie dessen Familie, Vater, Mutter, eine 20 jährige Schwester blieben frei von jeder manifesten oder nur verdächtigen Diphtherie, es fanden sich bei diesen letzteren Mitgliedern auch im Rachen keine Diphtheriebacillen. Ein 9jähriger Bruder aber war mehrere Monate früher wegen Blutarmuth nach auswärts geschickt worden, wo er einige Male von jenen Familienmitgliedern besucht wurde, zuletzt von Vater und Schwester um die Zeit, wo beim Bruder das Panaritium begann. 4 Wochen später erkrankte dieser Bruder, obwohl bis dahin kein Familienverkehr mehr bestand, auch sonst eine Infectionsmöglichkeit nicht vorlag, an Rachenkehlkopfkatarrh, wobei sich echte Diphtheriebacillen vorfanden. Also eine Familie, die scheinbar von aller Diphtherie vollkommen frei ist und frei war; aber ein Sohn trägt, ohne alle Merkmale, virulente Diphtheriebacillen im Rachen und inficirt durch Kauen seinen Finger, ein anderer, abwesender Sohn erkrankt an fieberlosem, scheinbar unschuldigem Katarrh, der aber durch echte Diphtheriebacillen veranlasst wird. Was lernen wir daraus? Auf welchen Wegen haben die beiden Pat., ohne nachweisbaren Umgang mit Diphtheritischen, ihre Diphtheriebacillen aufgenommen? Haben letztere wirklich eine so ausserordentliche Stellung? Sind sie nicht bloss Genossen der Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken? Sind sie nicht ebenso wie diese gewöhnliche Bewohner der Mundhöhle, nur einfach seltener und gefährlicher? Haben sie nicht mit diesen gemein die Fähigkeit, ein ganz unschuldiges Dasein zu führen, jahrelang, und eine vollständige

Gefahrlosigkeit vorzutäuschen? Dann kommen andere Bedingungen, Entfernung der schützenden Decken, Einwandern in zartere Theile, allgemeine Schädigung des Trägers, gemeinsame Arbeit mit anderen Bakterien, — es zeigt sich Vermehrung, Virulenz, Gefährlichkeit; die Feinde werden weiter getragen, viele Pat. unterliegen gemeinsamer Ursache, — das vereinzelte Ereigniss steigert sich zur Epidemie.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 21.)

— Einen Beitrag zur Aetiologie der genuinen Rhinitis fibrinosa liefert Dr. J. Morf (Winterthur). Die Affection wurde sehr vielseitig schon zum Gegenstand von Untersuchungen gemacht, hauptsächlich zu dem Zwecke, um Diphtheriebacillen zu suchen. Die Resultate waren da sehr differente, doch kann heute Folgendes als feststehend angenommen werden:

1. Die Rhinitis fibrinosa ist in der Mehrzahl der Fälle diphtherischer Natur, also contagiös.

2. In einer Minderzahl von Fällen ist der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht nachweisbar, dagegen andere Mikroben, hauptsächlich Strepto- und Staphylokokken, und muss deshalb anerkannt werden, dass auch letztere das Krankheitsbild hervorzurufen imstande sind.

Autor beschreibt 3 Fälle, wo die Untersuchung Diphtheriebacillen ergab. Die ersten beiden Fälle betrafen Geschwister; nachdem der 1. Bruder an Rhinitis fibrinosa erkrankte, wurde dessen Bruder sofort nach auswärts geschickt, kam aber nach einigen Tagen zurück, ebenfalls an Rhinitis fibrinosa erkrankt. Im 3. Falle herrschte im Hause, wo das Kind lebte, eine kleine Hausepidemie von Diphtherie, und diese wurde zur Infectionsquelle für die fibrinöse Rhinitis. Man hat gegen die diphtheritische Natur der letzteren vom klinischen Standpunkte aus eine Reihe von Einwendungen gemacht: so die geringen Störungen des Allgemeinbefindens, das Fehlen von Halsdrüsenanschwellungen, die geringe Tendenz einer Ausbreitung des Processes auf benachbarte Schleimhautgebiete, die häufige einseitige Localisation, das Ausbleiben von Lähmungen, der Mangel an Contagion. Was letzteren anbelangt, so zeigen mannigfache Beobachtungen das Gegentheil, und auch die obigen 3 Fälle sind beweiskräftig genug. Aber auch die anderen Einwendungen sind belanglos. Auch bei D. bleibt das Allgemeinbefinden oft gut, die D. verläuft leicht, selbst ganz chronisch. Dass aber gelegentlich Rhinitis fibrinosa mit ganz erheblicher Alteration des Allgemeinbefindens verlaufen kann, zeigen einige

Beobachtungen ganz gut. Auch Schwellungen der regionären Halsdrüsen kommen vor. Wenn ferner diese Affection im Allgemeinen die Tendenz bekundet, local zu bleiben, die Pseudomembranen nur wenig Neigung zeigen, sich auf Nachbargebiete auszubreiten, so sind doch oft genug im Rachen katarrhalische Zustände gesehen worden, selbst Pseudomembranen beobachtet. Wie oft kommt es aber auch bei leichter D. vor, dass der Process sich auf eine Mandel beschränkt, und wenn hier später doch die andere Mandel ergriffen wird, so geschieht das eben, weil hier nicht, wie in der Nase, eine schützende Wand den Contact verhütet. Postdiphtheritische Lähmung ist bisher allerdings nur 1 Mal beobachtet worden. Aber die mannigfachen Variationen im Krankheitsbilde der D. selbst sind ja bekannt, durch das Vorhandensein von Schutzkörpern im Blute mancher Individuen bereits theilweise erklärt; auch muss man an die „Oberflächendisposition“ Escherich's denken und sich vorstellen, dass das Flimmerepithel der Nasenschleimhaut vielleicht einen schützenden Wall gegen das Eindringen von Toxinen und der Mikroben selbst bildet. Sei dem aber, wie es sei, der Nachweis von virulenten Löffler-Bacillen, wie er in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingt und später, bei verbesserter Technik, vielleicht noch öfter gelingen dürfte (man bedenke auch, dass solche Fälle, die erst geraume Zeit nach Einsetzen der Krankheit zur Beobachtung gelangen, vielleicht nur deshalb den Diphtheriebacillus vermissen lassen, weil er im Laufe der Zeit von Strepto- und Staphylokokken überwuchert und verdrängt worden ist!), weist darauf hin, womit man es zu thun hat, und dass man *hier die gleichen therapeutischen und prophylaktischen Bedingungen erfüllen muss, wie bei D. selbst, vor allem strenge Isolirung des Pat.* durchaus nothwendig ist.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 21.)

- 2 Fälle von unilateraler Nasendiphtherie, dieser vielleicht gar nicht seltenen, aber meist übersehenen Affection, beobachtete C. J. Symonds. Beide Male handelte es sich um Kinder, die an der acuten, streng einseitigen Rhinitis mit *blutig gefärbtem Secret* unter wenig gestörtem Allgemeinbefinden erkrankten, wobei die bakteriologische Untersuchung Reincultur des Klebs-Löffler'schen Bacillus ergab. Autor macht auf die Wichtigkeit solcher Fälle für die Verbreitung der D. aufmerksam und fordert auf, derartige Fälle mit blutigem Ausfluss, wo andere Ursachen (Fremdkörper!) aus-

zuschliessen sind, stets bakteriologisch zu untersuchen, da nur dadurch die Diagnose ermöglicht wird.

(Lancet, 16. IX. 99. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 44.)

Ekzema. Chrysarobin benützt mit gutem Erfolge Dr. M. Hodara (Constantinopel) nicht nur bei *Pityriasis seborrhoica* (wenn sie in der Form von gelben, trockenen, rauhen, leicht schuppenden Flecken auftritt, die über Gesicht, Ohren etc. verbreitet sind), sondern auch gegen *das nicht nässende E. seborrhoicum faciei* (wenn es trockene Herde von wechselnder Grösse bildet) in folgender Form:

Rp. Chrysarobin. 0,01—0,05
Ichthyol. 0,05—0,2
Vaselin. flav. 50,0
Extr. Viol. q. s.

Beim Gesicht beginnt Autor immer mit den schwächsten Dosen und steigert dann, wenn nöthig, die Menge, die Salbe immer innerhalb 24 Stunden 1 Mal (z. B. Abends) auftragend und dann sie am Morgen mit etwas Oel, Byrolin oder dgl. wegwischend. Während der Behandlung, die immer nur einige Tage in Anspruch nimmt, dürfen die kranken Theile mit Seife und Wasser nicht in Berührung kommen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 6.)

— Seine Erfahrungen mit Naftalan publicirt Dr. F. Gernsheim (Bürgerspital in Hagenau, Prof. Biedert). Das Mittel bewährte sich besonders bei *acutem E.*, wo es pur oder als „combinirte Salbe“ angewandt wurde:

Rp. Naftalan.
Adip. lan. aa 100,0
Zinc. oxyd.
Acid. boric. aa 100,0.

Auch bei *Gewerbeekzemen* war die Wirkung eine sehr befriedigende. Beim *chronischen E.* trat ebenfalls nach Anwendung der combinirten Salbe sofort deutliche Besserung ein, die aber, an einem bestimmten Punkt angelangt, nicht weitere Fortschritte machte, sondern auf demselben Stadium (*E. squamosum*) stehen blieb, sodass man zu anderen Ordinationen greifen musste. Als solche bewährte sich die von Prof. Biedert angegebene, auch bei anderen Hautleiden mit Erfolg benützte „weisse Salbe“:

Rp. Adip. lan. 15,0
 Glycerin.
 Ol. Olivar. aa 4,0
 Acid. boric.
 Zinc. oxyd. aa 1,0.

Bei *Säuglingsekzem* infolge von Diarrhöen hatte die combinirte Naftalansalbe so guten Erfolg, dass ersteres oft schon vor Beseitigung des Grundleidens verschwand. Auch bei einer kleinen Endemie von *Pemphigus* benignus auf der Säuglingsabtheilung hatte die Salbe gute Wirkung. Sehr bewährte sich endlich Naftalan in mehreren Fällen von *Decubitus*, auch in einem Falle von *Mal perforant du pied*. Naftalan ist noch recht theuer; die combinirte Salbe verbilligt die Sache, auch reizt sie nicht, wie es reines Naftalan bisweilen thut. (Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 Nr. 39.)

- Protargol bei E. versuchte Dr. Floret (Elberfeld) in Salbenform (5—10 % mit Vaseline, Lanolin. aa). Bei E. chronico. madidans zeigte es keine besondere Heilwirkung, dagegen wurden bei manchen anderen Formen des acuten wie chronischen E. schöne Resultate erzielt, besonders aber bei der crustösen (mit geringer Secretion) und der squamösen Form, bei dem impetiginösen E. der behaarten Kopfhaut infolge von Pediculosis, beim E. faciei scrophulöser Kinder. Mehrere Fälle von vesiculärem und pustulösem E. gingen bei Protargolbehandlung ohne Uebergang in ein anderes Stadium direct in Heilung über. Auch die mannigfachen Gewerbeekzeme reagierten vielfach günstig auf Protargol. Dasselbe führte auch in einem Falle von *Scrophuloderma* (bei einem 17jähr. Mädchen) zur Heilung.

(Therap. Beilage Nr. 10 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

- Die Behandlung des E. mittelst des faradischen Stromes empfiehlt warm Dr. E. Vollmer (Kreuznach) namentlich für das *E. vesiculo-crustosum madidans*, wo es sehr rasch wirkt. Durch Anpassung der Stromstärke an die Constitution des Pat., durch allmälige Steigerung der Stromstärke in den auf einander folgenden täglichen Sitzungen lässt sich die Behandlung individuell recht modificiren. Selbst sehr hartnäckige, allen sonstigen Mitteln trotzen Fälle reagierten gut auf Elektrizität. Wie die therapeutische Wirkung zustande kommt, lässt sich nur vermuthen. Es ist nicht unmöglich, dass auch den katalytischen Eigenschaften des

Stroma, den Einwirkungen auf die vasomotorischen Nerven und auf die Gefässe, auf die osmotischen Vorgänge, auf die Resorptions- und Ernährungsvorgänge eine Rolle zufällt. Auch die erregenden Eigenschaften des faradischen Stroms sind wohl von Nutzen; es werden Contractionen sowohl der Arrectores pilorum, als auch der Gefässmuskulatur ausgelöst. Das ist aber eine gymnastische Uebung, die der Schwäche und dem geringen Widerstande, den das Hautorgan in toto dem austretenden Serum entgegensetzt, entgegenwirkt. Das ganze Hautorgan, speciell auch Hautmuskeln und Hautnerven, werden gekräftigt, und so kommt die auffallend günstige Heilwirkung bei frischen Fällen von E. zu stande. Vornehmlich sind die Fälle, bei denen eine *Gefässparalyse*, die durch Hitze oder Kälte oder Druck bewirkt sein mag, als Aetiologie mitspielt, für die faradische Behandlung passend.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 10.)

Fracturen und Luxationen. Der Gyps-Gehverband lässt sich auch ausserhalb der Kliniken, selbst in der *Landpraxis* durchführen, sodass die vielen Vortheile eines solchen sehr wohl weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden könnten. Diesen Schluss zieht Dr. A. Riedel (Rothenburg o. T.) aus seinen Erfahrungen. Als Quintessenz der Technik, die natürlich erlernt sein will, bezeichnet er: Möglichst directes Anliegen des Verbandes an der Extremität mit vollständiger Entlastung der Bruchstelle durch Einbeziehung der überhaupt nur allein mit leichter Polsterung zu versiehenden Stützpunkte in den Verband. Als ideales Hilfsmittel, sowohl zur Reposition, wie auch zur vorübergehenden Retention des Gliedes bei Anlegen des Verbandes empfiehlt Autor den *Flaschenzug*. Bei Bruch des Oberschenkels setzt sein Zug ein an einem schon vorher angelegten Gypsstiefel, bei Bruch des Unterschenkels bringt Autor zur Verbindung mit dem Flaschenzug eine oberhalb der Ferse und über den Reiten herüber anliegenden Schleife aus 2 langen festen Flanellstreifenzügeln an, welche nach Erhärtung des Gypses sofort mittelst seitlicher Fensterschnitte wieder entfernt werden müssen. Bei Anbringung dieser Schleife muss natürlich auf die mindestens rechtwinklige Stellung des Fusses gebührend Rücksicht genommen werden, was durch zweckmässige Richtung des Zuges und auch durch die Verkürzung des hinteren Theiles der Schleife ganz gut sich erreichen lässt. Die Knöchel-

brüche schliesst Autor vollständig von der Behandlung mit Gehverband aus. Als anatomische Stützpunkte für denselben kommen sonst in Betracht die Spina tibiae und das Kniegelenk (Unterschenkel), das Os pubis, eventuell der ganze Beckengürtel (Oberschenkel). Der Gehverband soll bei einfachen Fracturen 1 Woche, bei schweren und complicirten 2—3 Wochen nach dem Unfall angelegt werden. Pat. kommt auf einen festen Tisch, an dessen Rand er durch eine Beckenstütze festgehalten wird, während am anderen Ende des Zimmers (etwa an einem an den Thürpfosten befestigten Querbalken) der Flaschenzug angebracht wird. Bei Oberschenkelbruch wird vorher der Unterschenkel eingegypst (s. unten). Bei Unterschenkelbruch wird eine Schleife aus 2 langen Flanellstreifen gebildet, welche sich an den Knöchelspitzen beiderseits kreuzen und hier durch eine Schnur mit einander verknüpft sind. Nachdem die Einsenkung oberhalb der Ferse und der Theil des Fussreihens, wo der vordere Theil der Schleife hinzuliegen kommt, also der untere Gegenstützpunkt, einschliesslich der ganzen Ferse mit einer nicht zu dicken Lage Watte gepolstert und dadurch gegen den späteren Druck möglichst geschützt sind, wird die Schleife angezogen und mit dem Flaschenzugende in Verbindung gebracht (zur Vermeidung des stärkeren Druckes der äusseren Fussparthieen spannt man zweckmässig ein 15—20 cm langes Brettchen zwischen den Schleifenzügeln nahe der Fusssohle herüber). Nunmehr thut man gut, *Narkose* einzuleiten, worauf man durch langsames Anziehen des Flaschenzuges, unter Controle des Messbandes, reponirt. Jetzt Festlegung des Flaschenzugseiles, dadurch Retention zum Verband. Die Bruchstelle selbst, je nachdem zur Vermeidung einer Ueberstreckung auch das Kniegelenk, werden dann noch durch einfache Bindenzügel an der Zimmerdecke oder einem anderen festen Punkte in der Höhe zuverlässig fixirt. Ein Gehilfe behält die richtige, ganz leicht aufwärts gebeugte Feststellung durch Anfassen an den Zehen im Auge. Nun polstert man noch etwas die Spina tibiae resp. den Schambogen und bei hochsitzendem Oberschenkelbruch die übrigen hervorspringenden Knochenpunkte des Beckengürtels sowie die Kreuzbeingegend mit Watte ein. Um die ganze derart präparirte Extremität (eventuell auch den Beckengürtel) werden jetzt weiche Mullbinden in 1—2 facher Lage gewickelt, worauf das Eingypsen beginnt. 2—3 Lagen Gypstreifen werden, wobei rein circulaire Touren ganz zu vermeiden sind, so eng aufgelegt, als handle es sich um

Herstellung eines negativen Modells zur Anfertigung eines Gypsaabgusses der Extremität. An den Gelenken werden mehrere in Gypsbrei eingetauchte Streifen von Steifgaze aufgelegt und über das Ganze dann eine nicht zu dicke Lage Gypsbrei aufgestrichen. Darüber kommen dann wieder, besonders in der Hüftgegend und am Fuss- und Kniegelenk mehrere Gazestreifen. Man wartet nun bis zum Erhärten, entfernt dann den Flaschenzug, schneidet die Bindenzügel heraus, bessert die dadurch defect gewordenen Stellen aus und bringt den Pat. zu Bett. Nach 2 Tagen hat der Gyps dann bereits so viel von seiner Feuchtigkeit verloren, ist so leicht geworden, das Pat. die ersten Gehversuche (um den Tisch herum) riskiren kann. Riedel hat bisher 11 mal den Gehverband angelegt, darunter 1 mal bei doppeltem Bruch des Unterschenkels mit Doppelbruch des Oberschenkels der gleichen Seite und Beckenbruch (Verschüttetwerden im Steinbruch), 3 Wochen nach dem Unfall, nach vorausgegangener Anwendung des Streckverbandes, mit ausgezeichnetem Resultat. Bei complicirten F. schneidet man ein Fenster (muss aber bei jedesmaligem Verbinden die Oeffnung fest mit Watte verstopfen und dieses Polster durch Binde fest andrücken um Anschwellung im Bereich des Fensters zu vermeiden) aus. Autor sah weder zu starke noch zu schwache Callusbildung. Er liess den Verband 4—7 Wochen (je nach Schwere der Verletzung) liegen; liess die Consolidation dann noch zu wünschen übrig, wurde noch ein ebenfalls enganliegender Wasserglasverband angelegt, der das Gehen ebenfalls gestattet. Nach Abnahme noch einige Tage Bettruhe, ehe ohne Verband gegangen wird. Der Flaschenzug ermöglicht ideale Reposition, sodass die Verkürzung sehr gering ausfiel, ja mitunter ganz fehlte. Man bedarf zur ganzen Sache Uebung, die Ausdauer wird aber belohnt durch die Freude des Pat. beim Verlassen des Bettes und durch die günstigen Heilungsergebnisse.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 37.)

- Ueber Spondylitis traumatica (sogen. „Kümmell'sche Krankheit“) sprach Schulz (Hamburg), indem er an der Hand von 17 beobachteten Fällen die Erfahrungen, die er in den letzten 5 Jahren über das Leiden gesammelt, beleuchtete. Die Ursache des letzteren ist stets ein Trauma, sei es, dass eine directe Gewalt die Wirbelsäule trifft, sei es, dass ein schwerer Gegenstand auf Schultern, Nacken oder Kopf herniederfällt oder durch plötzliches Rückwärtsknicken des

Oberkörpers eine Quetschung der Wirbelkörper entsteht. Der typische Verlauf zerfällt in 3 Stadien. Zunächst das der Verletzung folgende Stadium des Shoks mit mehr oder weniger localer Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und eventuell Rückenmarkerscheinungen. Dann das Stadium des relativen Wohlbefindens und der Wiederaufnahme der Arbeit. Endlich das Stadium der Gibbusbildung und erneuter Schmerzen an der alterirten Parthie. Zwischen dem Beginne des 2. und 3. Stadiums häufig Zeitraum von 2–9 Monaten. Gerade das ist das Charakteristische: Der Gibbus stellt sich erst ein, wenn der Unfall längst vergessen ist. Die Erklärungen für dieses verspätete Einsinken eines oder mehrerer Wirbel lauteten bisher sehr verschieden. Kummell nahm ursprünglich einen rareficirenden, entzündlichen Process im Wirbelkörper mit nachträglichem Substanzschwund an, betonte aber, dass für viele Fälle eine *Compressionsfractur*, eine Fissur im Wirbelkörper als ätiologisches Moment sehr wahrscheinlich ist. Mikulicz glaubte, dass eine acute Hyperämie trophische Störungen an den Rückenmarkswurzeln und Spinalganglien hervorrufe. Nun demonstrierte Rumpel 1898 ein Präparat, das sehr charakteristisch war, um zu beweisen, dass *die Ursache wohl in jedem Falle eine Compressionsfractur ist und der späte Gibbus durch eine abnorme Weichheit und zu frühe Belastung des spärlichen Callus zu erklären sei*. Es wäre aber vollkommen falsch, die Fälle einfach als Wirbelbrüche zu betrachten, denn ihr Verlauf entspricht ja keineswegs dem einer frischen typischen Fractur. Gerade die Unfallgesetzgebung macht es dringend nöthig, die beiden Bilder zu trennen. Differentialdiagnostisch zu sondern sind auch die mehr das Product steter Irritation, als einer einmaligen Gewalteinwirkung darstellenden Wirbelveränderungen, die Spondylitis deformans, sowie die von Neurologen angegebene functionelle Affection der Wirbelsäule im Anschluss an ein Trauma. Die Diagnose der traumatischen Spondylitis ist nicht immer leicht, besonders dann nicht, wenn bei den geringen objectiven Symptomen die Uebertreibung des Pat. es unmöglich macht, über die subjectiven Empfindungen desselben richtig zu entscheiden; immerhin wird die sorgfältige Anstaltsbeobachtung es meist entscheiden lassen, womit man es zu thun hat. Die *Prognose* ist im Allgemeinen eine günstige. Meist kommt der Process nach mehrmonatlicher Behandlung zum Stillstand. Fälle mit völliger Functionsunfähigkeit der Wirbelsäule sind selten. Das Schicksal des Pat. hängt von

der *Behandlung* ab, die eine rein mechanische ist: Ruhelage von Anfang der Verletzung an und entsprechender Uebergang in die Corsetbehandlung wird eine raschere und dauerhaftere Consolidation des eingesunkenen Wirbels herbeiführen. — Auch Oberst — der die *Discussion* einleitet — hält Fracturen für die Ursache des Leidens, die ja bisweilen selbst bei leichtem Trauma vorkommen und, wenn die Pat. zu früh aufstehen, zu Verkrümmungen führen. Auch Kümmell betont, er glaube nicht mehr an rarefizierende Ostitis, sondern an Compressionsfracturen. Schede: Tritt der Gibbus bei Wiederaufnahme der Arbeit ein, so handele es sich um Fractur, entwickelt er sich erst später, um Tuberculose.

(Naturforscherversammlung 1899 in München. —
Vereinsbeilage Nr. 41 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

— Ueber traumatische Entstehung der Paralysis agitans berichtet

Dr. C. Linow (Dresden, Klinik von Geh. Medic.-Rath v. Reyher). Es sind bereits von verschiedenen Autoren Fälle von Paralysis agitans angegeben worden, die auf ein Trauma sich zurückführen liessen. Zuletzt hat Krafft-Ebing in seinem Material von 110 Fällen 7 gefunden, von denen einer 3 Monate, zwei 8 Monate, die anderen 4 erst 3—6 Jahre nach dem Unfall in seine Beobachtung kamen. Immerhin ist die Anzahl zuverlässiger Fälle eine relativ kleine, und ist Linow's Fall um so mehr von Bedeutung, als hier Gelegenheit war, die Entstehung des Leidens bald nach dem Trauma und den weiteren Verlauf während mehrerer Jahre zu beobachten. Ein am 23. XI. 39 geborener, erblich nicht belasteter Zimmermann, der 6 gesunde Kinder hat, vor dem Unfall nie krank war, 20 Jahre hindurch auf derselben Stelle arbeitete, kein Potator war, stürzte am 28. IV. 96 einen Meter hoch hinab und fiel mit dem linken Oberarm auf einen Holzklotz. Er war nicht bewusstlos, auch nicht erschrocken, aber konnte sogleich den linken Arm nicht bewegen. Der Arzt stellte eine *Verrenkung des linken Oberarmkopfes* fest. Die Einrenkung gelang nicht, sondern erst mit Hilfe eines 2. Arztes in Narkose 4 Stunden nach dem Unfall. Nach einigen Tagen wurde der Verband abgenommen und „eine vollständige Lähmung der gesamten linken Armmusculatur“ constatirt. Unter elektrischer Behandlung ging diese allmähig zurück, und in einem Gutachten vom 4. VIII. 96 wurde berichtet, dass die Lähmung bis auf eine unvollständige des Speichennerven

geschwunden wäre, dass aber noch starke Steifigkeit der Schulter bestände. Aufnahme in die Anstalt am 1. X. 96, also 5 Monate nach dem Unfall. Befund: Kleiner, kräftiger Mann mit gutem Fettpolster, 120 Pfd. wiegend. Brustkorb etwas starr, dehnte sich beim Athmen im oberen Theil wenig aus. Untersuchung der inneren Organe und des Nervensystemes negativ. Puls regelmässig (80), Harn normal. Linker Oberarmkopf in normaler Höhe. Ausser einer Abmagerung der Schultermuskeln linker Arm nicht atrophisch. Er konnte etwas über die Horizontale gehoben werden. Ellbogen frei beweglich, Handgelenk und Finger etwas versteift. Bei Hochheben des Armes ganz geringes Zittern, das in der Ruhe ganz verschwand; Pat. hatte es angeblich erst vor einigen Wochen bemerkt, jedoch nicht weiter darauf geachtet. Am 30. X. 96 Entlassung; der linke Arm konnte um 135° gehoben werden, eine weitere Besserung der Schultersteifigkeit war nicht zu erzielen, Zittern unverändert (auch rechts spurenweise). Am 12. VII. 97 kam Pat. zur Nachuntersuchung. Zittern beider Arme wesentlich stärker geworden, jetzt auch in Ruhe (der linke zitterte bedeutend mehr), daher Verdacht auf Paralysis agitans. Diese Diagnose gesichert bei einer weiteren Untersuchung am 20. VII. 98, wo das Zittern noch heftiger war und auch die Beine mitunter zitterten, die Hände in ihren Bewegungen, namentlich beim An- und Auskleiden ungeschickt waren; Pat. hatte bisher noch leichte Arbeiten verrichtet. Zuletzt wurde Pat. vom 13.—14. IV. 99 beobachtet; er hatte in den letzten Monaten gar nicht mehr arbeiten, sich nicht allein an- und ausziehen können etc. *Status praesens:* Beide Hände und Arme in unaufhörlich schüttelnden Bewegungen, die sehr rasch auf einander folgten. Sie waren am schwächsten, wenn Pat. in vollkommener Ruhe sich selbst überlassen wurde, steigerten sich beim Sprechen, bei der Untersuchung, psychischen Erregungen etc., schwanden ganz oder fast ganz beim Schlaf, wurden bei intensiven Bewegungen schwächer, ohne ganz zu sistiren. Für gewöhnlich hielt Pat. mit der rechten Hand die linke, stärker zitternde, fest. Beide Ellbogen halb gebeugt gehalten. Finger der rechten Hand in allen Gelenken halb gekrümmt, die der linken in den beiden vorderen Gelenken gestreckt, Daumen beiderseits in die Hand eingeschlagen. Schultermuskeln nahmen am Zittern Theil, Rumpf blieb ruhig, der Kopf zitterte im Ganzen etwas infolge der Unruhe in den Armen, die einzelnen Gesichtsmuskeln theiligten sich aber

nicht. Im Sitzen Zittern der Füsse, das sich bei psychischen Erregungen auf die ganzen Beine fortpflanzte, während es sich beim Gehen fast ganz verlor. Kopf und Rumpf nach vorn geneigt, Pat. klagte, dass ihm ersterer auf die Brust fiel und dass er ihn nicht aufrecht halten könnte. Bewegung des Kopfes und Rumpfes frei. Pat. konnte sich aber aus sitzender Stellung nur mit Hilfe der Hände aufrichten und im Liegen unter grosser Anstrengung ebenfalls nur unter Zuhilfenahme der Hände die Lage wechseln. Rohe Kraft der Arme, namentlich des linken, erheblich herabgesetzt; auch die Beine hatten nur geringe Kraft. Die Muskeln aber vom normalen Volumen, nur am verletzten Arm Schultermuskeln etwas abgemagert. In den Armen fiel die für die Krankheit charakteristische Muskelrigidität auf. Bei passiven Bewegungen machte sich diese namentlich in den Oberarmmuskeln bemerkbar. Nach mehrmaliger Wiederholung solcher Bewegung liess die Spannung jedoch nach, die Muskeln wurden schlaff. Gesicht von starrem Ausdruck. Gang etwas schwerfällig und langsam, mit leicht gebeugten Knien. Keine Propulsion; auch konnte Pat. bei Augenschluss stehen und gehen, ohne zu schwanken. Mund schief, linker Mundwinkel hing herunter. Keine Lähmung des weichen Gaumens. Sprache langsam und schwerfällig. Ohr beiderseits nur bei Anlegen ans Ohr gehört. Geschmackssinn nicht, dagegen Geruchssinn wesentlich gestört. Pupillen beiderseits gleich weit, reagierten auf Lichteinfall und Accommodation nur träge. Keine Einengung des Gesichtsfeldes. Reflexe normal. Empfindungsvermögen nur im linken Arm etwas herabgesetzt; hier auch elektrische Erregbarkeit auf den faradischen und galvanischen Strom herabgemindert. Keine Entartungsreaction, keine Störung der mechanischen Muskeleerregbarkeit. Keine Temperaturerhöhungen. Innere Organe, Harn normal. Körpergewicht 120 Pfd. (also seit 2½ Jahren stationär). Pat. machte einen deprimierten und stupiden Eindruck, seine Intelligenz, schon vorher gering, hatte in der letzten Zeit erheblich abgenommen. — Es handelte sich also um einen ziemlich schnell verlaufenden Fall von Paralysis agitans, die sich ja binnen 3 Jahren zur vollen Höhe entwickelt hatte. Ihre Entstehung durch jene Verletzung war ziemlich sicher. Das Zittern war früher nie vorhanden, es war im verletzten Arm heftiger, prädisponirende Ursachen (Erblichkeit, Rheumatismus, Syphilis, Potus, heftige Gemüthsbewegungen, Kummer, körperliche Ueberanstrengung etc.)

fehlten. Die Verletzung bestand in Ausrenkung des linken Oberarmkopfes. Es sind schon früher einige Fälle vorgekommen, wo Verrenkungen, Fracturen, Verstauchungen die traumatische Ursache abgaben. In obigem Falle war *durch den langen Druck des Kopfes, der erst 4 Stunden nach dem Unfall reponirt wurde, eine starke Läsion der Armnerven* eingetreten, an welche sich eine *hartnäckige Plexuslähmung* anschloss. *Dieser Nervenverletzung muss man ganz besondere Einwirkung zuschreiben.* Auch in der Litteratur sind 3 Fälle bekannt, wo eine Nervenverletzung stattfand. Man muss da wohl eine *Neuritis ascendens* annehmen und glauben, dass die Entzündung von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitet und dort motorische Reizerscheinungen hervorruft. Die Ansicht, dass nicht das Trauma an und für sich, sondern das psychische Trauma das Leiden hervorruft, kam im obigen Falle nicht in Frage, da Pat. nicht besonders erschrocken war. Und auch eine allgemeine Erschütterung des Nervensystems fand bei dem gar nicht bewusstlos werdenden Pat. nicht statt, sondern lediglich die locale Verletzung war es, welche ätiologisch einwirkte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 44.)

- F. Krause demonstirt einen 20jährigen Pat., der vor 6 Jahren nach einem Trauma eine Luxation des linken N. ulnaris zurückbehalten hatte. Er bekam bei jeder Arbeit Schmerzen im Arme; beim forcirten Beugen schnappte der Nerv aus seiner Lage heraus. Autor brachte das Leiden durch einen Knochenlappen, den er dem Olecranon entnahm, und den er auf die Knochenrinne des N. ulnaris verpflanzte, zur dauernden Heilung. Pat. kann den Arm jetzt beliebig beugen und strecken und hat seine Schmerzen verloren. Krause sah bisher 3 Fälle, die er sämmtlich operirte. Im 1. Falle machte er die Fixation des Nerven durch eine Catgutnaht; doch trat hiernach eine schwere Neuritis auf, sodass die Naht wieder gelöst werden musste. In den 2 anderen Fällen wurde *durch jene Knochenplastik dauernde Heilung* erzielt.

(Äerztl. Verein zu Hamburg, 31. X. 99.
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 45.)

Gonorrhö. Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne dass klinische Erscheinungen von G. vorhanden sind? Diese

Frage ist von Neisser bejaht worden, während Dr. P. Bröse und Dr. H. Schiller (Bröse'sche Klinik in Berlin) dieselbe auf Grund eines grösseren Materials verneinten, bei dem sie keinen Fall bemerkt hatten, in welchem trotz Fehlens aller klinischen Erscheinungen sich Gonokokken gefunden hätten. Um die Sache nochmals zu prüfen, hat Dr. Schiller jetzt wieder 300 Fälle darauf hin untersucht, und zwar alle von einem bestimmten Termin an in die Sprechstunde kommenden, ohne Auswahl, ohne vorher die Anamnese aufzunehmen oder zu wissen, um was es sich handelte; es wurden stets Urethra nebst Umgebung und Cervix untersucht, wo kein sichtbares Secret vorlag, durch Abkratzen oder Schaben Untersuchungsmaterial entnommen. Das Resultat war ein negatives, wie nicht anders zu erwarten war, da man sich kaum denken kann, dass eine Schleimhaut auf ein Bakterium, welches so exquisit Schleimhautparasit ist, nicht mit Entzündung reagiren sollte. Würde man Fälle ohne letztere so untersuchen, wie man Prostituirte untersucht resp. untersuchen soll, d. h. unter Zuhilfenahme aller Cautelen, wie 2—3stündigem Urinanhaltens vor der Untersuchung, Unterlassung jeglicher Ausspülung, Untersuchung vor und nach der Periode, mit Endoskop etc., so wird man stets den Katarrh finden, wie ihn Schiller stets fand, und wie er auch bei diesen 300 Fällen da, *wo Gonokokken vorhanden waren, stets auch pathologische Secrete* entdeckte. Uebrigens fanden sich hier Gonokokken in 3 Fällen von *chronischer Gonorrhö erst nach Auskratzen*; es hatte sich um schwere Blutungen gehandelt, wo die Auskratzen als ultimum refugium angewandt worden war. Diese Beobachtungen werden für Schiller eine Lehre sein, noch engere Grenzen für die Indication bei Abrasio, namentlich bei auf G. verdächtigen Pat. zu ziehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899. Nr. 41.)

- Ueber Muskelerkrankungen bei G. lässt sich Prof. Eichhorst (Zürich) aus. In der deutschen Litteratur ist davon wenig die Rede, es wird höchstens mal erwähnt, dass sich mitunter bei G. rheumatische Muskelerkrankungen einstellen, meist im Anschluss an vorausgegangene Gelenkerkrankungen, und dass ab und zu erkrankte Muskeln contracturirten oder einem Muskelschwund anheimfielen. In der ausländischen Presse ist öfter die Rede davon. Fournier beobachtete nach einer deformirenden gonorrhöischen Gelenkentzündung epileptoides Zittern im rechten Bein, sowie Atrophie der

Interossei der linken Hand und des linken Vorderarmes, Veränderungen, welche er mit einer durch die G. hervorgerufenen Rückenmarkserkrankung in Zusammenhang bringt, — also neben *gonorrhöisch-arthritischem* noch *gonorrhöisch-spinaler Muskelschwund*! Dass sich im Verlauf einer G. schwer entzündliche Erkrankungen im Rückenmark entwickeln können, bewiesen schon andere Beobachtungen. Auch Erasmo de Amaral wies darauf hin, dass sich mitunter nach gonorrhöischer deformirender Gelenkentzündung nicht nur in den dem erkrankten Gelenke benachbarten Muskeln Atrophie entwickelt, sondern dass sich dieselbe auch in weiter gelegenen Muskeln auszubilden vermag. Gros betonte, dass sich nicht selten entzündliche Nervenveränderungen bei G. entwickeln, und wenn er auch damit in erster Linie Neuralgien, besonders häufig im Gebiete des Ischiadicus und Cruralis in Zusammenhang brachte, so wurde doch von Nürnberger eine Beobachtung beschrieben, in welcher Lähmung der Schulterblattmuskeln bei einem Gonorrhöiker auf Neuritis gonorrhöica zurückgeführt wurde. Lazarus sah einen Gonorrhöiker erst an Polyarthritis und dann an einer so schweren Posticuslähmung erkranken, dass die Tracheotomie nothwendig wurde; als Ursache sah er Neuritis gonorrhöica nervi laryngei inferioris an. Also auch *gonorrhöisch-neuritische Muskelerkrankungen* giebt es! Endlich giebt es eine *metastatische Muskelentzündung*, doch kommt auch diese nur selten vor. 2 bemerkenswerthe Beobachtungen von Myositis gonorrhöica machte Röna: 1. 27jähr. Pat. erkrankte im Verlaufe einer chronischen G. zuerst mit Schmerzen über der Mitte der rechten vorderen Oberschenkelfläche, an welcher Stelle sich dann eine „thaler-grosse, derbe, bei Druck mässig schmerzhaft Infiltration unter der Haut“ bildete, welche in der Fascia lata eingebettet war. Die Haut über ihr unverändert. Die Infiltration blieb trotz Priessnitz-Umschlägen, warmen Bädern und Massage wochenlang bestehen. 2. 27jähr. Pat. litt zum 4. Mal an G., dies Mal seit 5 Monaten. Nach 14 Tagen Schmerzen in der Mitte der linken vorderen Oberschenkelfläche, welche ohne Fieber bestanden, aber den Pat. 10 Tage lang bettlägerig machten. In der linken Fascia lata des Oberschenkels handteller-grosse Infiltration, druckempfindlich, von unversehrter Haut bedeckt. Trotz Monate während der Behandlung mit Priessnitz-Umschlägen und warmen Bädern blieb die Infiltration lange Zeit bestehen, und selbst noch im nächsten Jahre war die Stelle noch zeitweise empfindlich. Mit diesen beiden Fällen

zeigt die Beobachtung grosse Aehnlichkeit, die Eichhorst machte: 56jähr. Pat. acquirirte am 9. I. 99. G. nach kurz vorher ausgeführtem Coitus. Am 14. I. Schmerzen auf der Aussenseite des rechten Oberschenkels etwas über seiner Mitte; der behandelnde Arzt kann objectiv hier nichts finden, und noch bei der Aufnahme in die Klinik am 29. I. ist ausser der G. nichts zu finden, auch ist Pat. fieberfrei. Erst am 2. II. zeigt sich bei dem beständig von heftigen Schmerzen auf der Aussenseite des rechten Oberschenkels geplagten Pat. an dieser Stelle eine längliche, spindelförmige Verhärtung, gegen Berührung sehr empfindlich, mit glatter Oberfläche, etwa 8 cm lang und 4 cm breit, mit intacter Hautbedeckung. Allabendlich geringe Temperatursteigerungen. Die Schmerzen blieben mit gleicher Heftigkeit bis zum 8. II. bestehen, dann nahmen sie schnell ab und waren vom 12. II. ab vollständig verschwunden. Gegen Berührung freilich blieb die Infiltration noch 2 Wochen lang sehr empfindlich, und auch beim Gehen fühlte sich Pat. durch Schmerzen sehr behindert. Haut über dem Infiltrat dauernd normal. Letzteres nahm sehr langsam an Umfang ab, an Härte dagegen zu, wurde zuletzt knorpelhart. Als Pat. am 10. III. auf seinen Wunsch entlassen wurde, da der Ausfluss aus der Harnröhre bereits seit 3 Wochen aufgehört hatte, war noch immer ein derber, fast 5 cm langer spindelförmiger Knoten in der Oberschenkelmuskulatur nachweisbar. Am 12. II. hatte sich noch Schmerzhaftigkeit und geringe Schwellung im rechten Handgelenk eingestellt, verbunden mit Röthung und unbedeutender, aber schmerzhafter Infiltration der benachbarten Haut auf der Innenseite des Vorderarmes, doch verschwand alles dies nach 2 Tagen. Der Fall zeigt, dass sich nicht nur bei chronischer G. (Róna), sondern auch bei acuter diese eigenartige Muskelentzündung entwickeln kann. Ob diese gerade immer die Oberschenkelmuskulatur betrifft, wie in diesen 3 Fällen, muss die Zukunft lehren. Eichhorst bezeichnet sie als *gonorrhoeisch-sclerosirende Muskelentzündung*.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

- Einen Fall von Lymphangoitis gonorrhoeica als Beitrag zur Impfinfection mit Gonokokkenseiter schildert Dr. Sigm. Mirabeau (München), welcher selbst vor einiger Zeit das unfreiwillige Opfer eines solchen subcutanen Impfversuchs wurde. Er operirte (Dampplastik) eine Pat., in deren Cervicalsecret er wiederholt Gonokokken hatte nachweisen

können, und stach sich bei der Naht in die linke Daumenkuppe, achtete aber nicht weiter darauf. Schon am folgenden Tage ein von dem Stich ausgehender ziehender Schmerz und leichte Röthung an der Stichstelle. Am 3. Tage erhebliche Steigerung der Beschwerden, der ganze Daumen stark geschwollen, und 2 hochrothe Lymphstränge zogen über den Daumenballen an der Beugeseite des Armes bis zur Achselhöhle; deutliche Schwellung und starke Druckempfindlichkeit der Achseldrüsen. Am Abend des 3. Tages 39,1° Fieber, Tags darauf Temp. Morgens 37,9° und Abends 38,5°, Erscheinungen am Arm unverändert, besonders schmerzhaft die Gelenke des Daumens und das Handgelenk. Autor hatte natürlich zuerst an gewöhnliche Wundinfection gedacht, doch hatte die Sache von vornherein einen etwas anderen Charakter, und auch die Thatsache, dass der Wundverlauf bei der Operation völlig afebril war, stimmte nicht damit überein. Am 5. Tag Temp. 37,4°, Abends 37,7°, Schmerzhaftigkeit des Armes geringer, aber immer noch erhebliche Schwellung des Daumens und auffallend deutliche Röthung des nach der Achselhöhle ziehenden Lymphstrangs. Inzwischen hatte sich an der Einstichstelle ein ca. stecknadelkopfgrosses Pustelchen gebildet, dessen hämorrhagisch purulenter Inhalt mikroskopisch untersucht wurde. Es fanden sich neben rothen Blutkörperchen und Leucocyten ausschliesslich Gonokokken. Die Erscheinungen am Arm gingen langsam zurück, und namentlich die Schwellung des Daumens und ein rheumatischer Gelenk- und Muskelschmerz blieben noch längere Zeit bestehen. — Dem Autor war die Sache damals ganz neu. In letzter Zeit ist aber ein Buch von Schleich*) erschienen, in dem ein besonderes Capitel „gonorrhoeisches Secret und eine besondere Aertelymphangoitis“ existirt. Nachdem Schleich den bekannten „Doctorfurunkel am Handrücken, den Lochialfurunkel bei Wochenpflegerinnen, den Leichentuberkel der Pathologen“ erwähnt, giebt er das Bild „einer noch nicht als typische Krankheit des ärztlichen Gewerbes beschriebenen Form progredienter, meistens chronischer Infection“, bei der die Verunreinigung einer Wunde mit Gonokokken-eiter von specifischer Bedeutung ist. Die zum Theil recht schwer verlaufenden Krankheitsfälle Schleich's traten immer bei Aerzten im Anschluss an Berührung mit Gonokokkensecret oder -culturen auf; wo es zu Abscedirung und

*) Neue Methoden der Wundheilung. Berlin 1899. Springer.

operativer Therapie kam, fand man immer die gewöhnlichen Eiterkokken, nie Gonokokken, — also handelte es sich immer um Mischinfectionen, daher auch die schweren Krankheitsbilder! Doch sah Schleich auch Fälle, in denen weder an der primären Wunde, noch secundär operirt worden war, ohne Eiterung verlaufen, und er giebt sogar bei diesen Formen auf Grund seiner Erfahrungen der nicht operativen Therapie den Vorzug. Zweifellos aber hält Schleich mit Recht das „gonorrhöische Material“ für den primär toxischen Factor, auch wenn secundär eine Infection mit Eiterbakterien stattfindet. Wenn Schleich jedoch meint, dass in *jedem* Falle zu der Intoxication mit gonorrhöischem Secret oder dem Stoffwechselproduct der Gonokokken noch eine Infection mit Staphylo- und Streptokokken hinzukommen müsse, um das oben geschilderte Krankheitsbild zu erzeugen, so möchte dies Mirabeau auf die schweren, secundär vereiternden Fälle einschränken, während er für den seinen, ebenso wie für die ohne Eiterung heilenden Schleich's, eine reine Intoxication mit Gonokokkenmaterial annimmt. Aus Versuchen, die neuerdings angestellt wurden, ergab sich, „dass die Gonokokkenculturfiltrate weder bei Thieren, noch beim Menschen irgendwelche giftige Wirkung auszuüben vermögen. Hingegen bewirkt die subcutane Injection von abgetödteten Gonokokken bei Menschen locale und fieberhafte Allgemeininfection“. Die *gonorrhöische Aertzelymphangoitis* scheint im Wesentlichen den Impfversuchen mit *abgestorbenen Gonokokkenleibern* zu entsprechen. Mirabeau stellte sich den Vorgang seiner Erkrankung folgendermaassen vor: „Bei der Operation wurde vermittelst des Nadelstiches eine Portion virulenten Gonokokkeneiters unter die Haut gebracht. Derselbe machte zunächst keine Erscheinung, bis die Gonokokken unter den nicht ihren Lebensbedingungen entsprechenden Verhältnissen zu Grunde gingen. Jetzt erst (im Vergleich zu den Impfversuchen mit todttem Material 24 Stunden später) machte sich die Toxinwirkung des in den absterbenden Gonokokkenleibern vorhandenen Giftstoffes geltend und erzeugte die oben geschilderten localen und allgemeinen Erscheinungen. Ein Theil der Gonokokken hat sich offenbar an Ort und Stelle virulent erhalten und wohl auch eine geringe Vermehrung erfahren, was aus dem später zu Tage tretenden, allerdings kaum stecknadelkopfgrossen Pustelchen an der Einstichstelle ersichtlich ist. Dass aber andererseits eine solch kleine Kokkenmenge genügt, um eine so heftige

laufend, durch die Crista ilei gut fixirt. Der Sack hängt vorn an 2 elastischen, in der Inguinalfalte zum Hüftgurt aufsteigenden Bändern, die sich in der Gegend der Spina anter. super. mit den von hinten nach vorn aufsteigenden Schenkelriemen kreuzen und dadurch eine feste Suspension des Hodens erzielen. Da die Lendenwirbelsäule, wo der Hüftgurt anliegt, wenig beweglich, da die Bewegungen der Becken- und Oberschenkelmuskulatur das Band nicht beeinflussen, so kann dasselbe dauernd in seiner Lage bleiben. Dies Suspensorium (hergestellt von A. Werlin, Mannheim E 2. 6.) hat kurz folgende Vorzüge:

1. sitzt es sehr zuverlässig und suspendirt den Hoden gut;
2. kann es durch Höher- resp. Tieferknöpfen leicht der individuellen Grösse angepasst werden;
3. kann es in den Fällen, in denen es prophylaktisch oder als Sportsuspensorium benützt wird — in allen Fällen mit Ausnahme der acuten Epididymitis — auf dem Hemde getragen werden, was subjectiv angenehmer, reinlicher ist, und in der Scrotalfalte weniger belästigt;
4. gestattet es partielle Erneuerung, da der dauerhafte Leibgurt beibehalten werden kann, wenn der Sack erneuert wird;
5. ist es einfach und leicht anzulegen.

(Therap. Monatshefte 1899 Nr. 10.)

Hämorrhoiden. Die chirurgische Behandlung der H. bespricht F. Karewski (Berlin). Bei messerscheuen Pat. oder solchen, die aus irgend einer Ursache operative Maassnahmen verschoben haben wollen, kann man vorübergehend Blutungen, Geschwüre und verschiedene Beschwerden durch *Suppositorien* beseitigen. Autor verordnet:

Rp. Jodoform.
 Acid. tannic. aa 0,2
 (Cocain. 0,02)
 Butyr. Cacao 2,0
 F. suppos.

Ein operatives Eingreifen stellt schon die „amerikanische“ Heilmethode dar, die *Injection hochprocentiger Carbollösungen*. Lange giebt dafür folgende Vorschriften: Die Knoten sollen mit Jodoformvaselin bestrichen werden, damit sie nicht von etwa überlaufender Carbolsäure angeätzt werden. Aus dem gleichen Grunde muss die sehr feine, zur Einspritzung ge-

brauchte Hohladel sorgfältig vor dem Einstechen abgetrocknet werden. Die Einspritzung soll sehr langsam und vorsichtig gemacht werden, und zwar in einer Sitzung nicht in mehr als 5—6 Knoten. Zur Verwendung kommt 10 bis 50 % iges Carbolglycerin. Zwischenräume zwischen den Sitzungen von 3 Wochen. So haben viele Chirurgen mit günstigen Erfolgen H. behandelt. Nach der Injection schwellen die Knoten zunächst an, es entwickelt sich eine Entzündung, die schliesslich zur Schrumpfung führt. Ob diese Entzündung immer eine aseptische sein wird, ist zweifelhaft. Jedenfalls wird eine Thrombosierung grösserer Bluträume herbeigeführt, und es ist über Thrombenzerfall und Embolie im Gefolge der Einspritzung berichtet worden. Auch ist es nicht eine sichere, vor Recidiven schützende Methode. Sie hat den Vorzug, dass sie ohne Narkose und Anästhesie ausführbar ist. Wenn aber dies Kriterium maassgebend sein soll, so tritt damit in starke Concurrenz die *Ligatur der Knoten*, sei es die mit Ecraseur oder die elastische (Dittel) oder diejenige, welche nach Durchstechung der Knoten an ihrer Basis dieselben nach beiden Seiten abbindet. Auch dies Verfahren ist unsicher, auch kommen vereinzelt schwere Blutungen nach Abfallen der Unterbindung vor, ferner eitrige und Tetanusinfectionen. Karewski hält die Ligatur nur bei polypösen Knoten für angebracht, und er bedient sich auch in solchen Fällen nur derselben, wenn die Verschorfung mit dem Paquelin nicht genügend Garantie gegen Nachblutung zu geben schien. Solche einzelne sehr erhabene Noduli enthalten oft ein starkes arterielles Gefäss, das sehr fest zugeschnürt werden muss. Ein recht schonendes Verfahren ist die *stumpfe Dilatation* der Sphincteren. Dieselbe kann graduell oder gewaltsam vorgenommen werden, in letzterem Falle nur mit localer oder allgemeiner Narkose. Eine 2—3 Tage ausgeübte leichte Dehnung des Schliessmuskels soll nach Walker fast schmerzlos sein und, 3—4 Wochen lang angewendet, zur Heilung führen. In gleicher Weise etwa wirkt das *Hantelpessar*, das unzweifelhaft eine subjective Erleichterung schafft, da es den Sphincterenkrampf aufhebt und so eine Ursache für die Blutstauung an vorgefallenen Knoten beseitigt. Eine Heilung auf solche Weise zu erzielen, ist wohl kaum möglich. Viel wirksamer ist die *gewaltsame Sphincterendehnung*, die mit den Fingern oder mit einem mehrblättrigen Speculum vorgenommen wird. Mit diesem oder beiden Daumen spreizt man die Sphincteren in sagittaler

und frontaler Richtung, möglichst ohne Blutung zu verursachen so stark, dass die zusammengelegten 4 Finger der rechten Hand bequem den After passiren können. In der Regel fällt der Darm nach dieser Proceedur etwas vor, und die Sphincterenerschaffung hält 3—4 Tage an. Aber auch hier sind die Resultate unsicher, ebenso wie die der *Spincterotomie*. Beide Eingriffe aber können sehr wesentlich ein gutes Gelingen der *Radicaloperation* garantiren. Diese selbst kann durch Zerstörung der Knoten mit *Glühhitze* oder durch Entfernung mit dem *Messer* erfolgen. *Erstere* ist das ältere und wohl am meisten eingebürgerte Verfahren. Man klemmt mit der Langenbeck'schen Blattzange die zum Vorfalle gebrachten und mit stumpfen Zangen hervorgezogenen Knoten an ihrer Basis fest zusammen, indem man sorgfältig vermeidet, von der äusseren Haut Theile mitzunehmen, und brennt die Geschwülste mit rothglühendem, galvanokaustischem oder Benzinbrenner gänzlich fort. Die Umgebung des Afters wird vor der strahlenden Hitze durch eine reichlich grosse und dicke, unter die Zange gelegte Compresse, welche dauernd befeuchtet wird, geschützt. Man achte darauf, dass Parthien gesunder Schleimhaut zwischen den einzelnen Schorfen stehen bleiben, und dass die Knoten radiär gefasst werden, damit bei der späteren, natürlich auf dem Granulationswege erfolgenden Vernarbung keine Stenosen entstehen. Die Schorfe werden mit Jodoformvaselin bestrichen. Sie fallen nach ca. 8 Tagen ab und hinterlassen schmale Granulationsschorfe, die innerhalb mehrerer Wochen (je nach der Ausdehnung 4—6) unter gewöhnlicher Salbenbehandlung zur Heilung kommen. Die Methode ist eine absolut sichere, fast gefahrlose und fast überall anwendbare, aber sie kann Nachblutungen verursachen (sei es durch Lösung der Schorfe bald nach der Operation, sei es aus den Granulationen bei der ersten oder den folgenden Defäcationen) und kann zu Stenosen führen (durch circuläre Narbenbildung). Die erstere Gefahr ist nicht sehr gross, wenn der Operateur nach der Operation auf das Sorgfältigste jede Blutung durch Tamponade oder Brenner unterdrückt und auch später beim Abfall der Schorfe stets genau nachsieht, und der zweiten Gefahr kann man durch Stehenlassen von Streifen gesunder Schleimhaut vorbeugen, oder, wo dies nicht angeht, dadurch, dass man im Granulationsstadium bis zur Vernarbung der Wunde mit starken Bougies dehnt. Das moderne Verfahren ist die *Exstirpation*, darin bestehend, dass an der Grenze zwischen äusserer

Haut und Schleimhaut circular eingeschnitten wird, die Schleimhaut mit den Knoten bei gründlichster Schonung der Sphincteren nach oben stumpf oder scharf abgelöst und dann abgeschnitten wird, worauf die Wiedervereinigung der Mucosa mit der äusseren Haut durch sorgfältige Naht folgt. Die Methode stellt grössere Anforderungen an die Technik des Operateurs, aber auch sie ist einfach und ungefährlich und hat vor allen anderen den Vorzug der absoluten Sicherheit vor Recidiven, Nachblutungen und Stenosen. Sie erfreut sich daher steigender Beliebtheit. Wie soll sich nun der Arzt im Einzelfall verhalten? Da muss man nun auch zunächst die *Vorbereitung zur Operation* und die *Nachbehandlung* in Erwägung ziehen. Für jeden der genannten Eingriffe ist eine sich stets gleichbleibende Präparation erforderlich. Bei jedem Eingriff an der Mastdarmschleimhaut zwecks Beseitigung von Hämorrhoiden, und sei er scheinbar noch so unblutig, werden kleinere oder grössere Continuitätstrennungen gesetzt, welche leicht zu Infectionen Anlass geben können, wenn nicht Koth von ihnen ferngehalten wird. Bei jedem muss also der Darm *vorher* gründlich entleert werden, und er muss *dann* für 5—6 Tage ruhig gestellt werden, damit die Thromben hinreichend organisirt oder die Wunden ausreichend geheilt sind, ehe der Koth sie passirt. Also 5—6 Tage Bettruhe und Vermeidung der Defäcation nach *jedem* der Eingriffe, selbst nach der Carbolinjection oder der Dehnung! Die radicalen Methoden beanspruchen dann noch eine Schonung für weitere 8 Tage. Nach dieser Zeit ist die Mehrzahl der Pat. wieder arbeitsfähig. Die Gefahren des Thrombenzerfalls und der septischen Infection sind allen Methoden gemeinsam, und im Uebrigen bieten die Radicalmethoden ebenfalls nicht grössere Gefahren, als die schonenden, erstere aber garantiren fast ausschliesslich eine Dauerheilung. Wenn also gelegentlich auch Injectionen oder die forcirte Dilatation Erfolge aufweisen, so sind sicherlich die Verfahren vorzuziehen, welche radical entfernen: die Ligatur bei vereinzelten, die Cauterisation oder Excision bei grossen Entartungen der Schleimhaut. Karewski giebt auch bei kleinen Knoten dem Radicalverfahren den Vorzug. Die anderen können nur bei messerscheuen Pat. in Frage kommen oder dann, wenn aus besonderem Grunde energischeres Vorgehen contraindicirt ist. Unter ihnen scheint die Carbolsäureinjection am meisten Werth zu haben; die forcirte Dilatation ist als Vorbereitung für die eigentliche Operation von hohem Werthe. Ob man im einzelnen Falle

der Cauterisation oder Excision den Vorzug giebt, hängt im Uebrigen nicht allein von der Liebhaberei des Operateurs ab. Bestehen ulceröse Veränderungen der Knoten oder Fissuren der Schleimhaut, so ist die Cauterisation richtiger, weil die Naht leicht inficirt werden kann. Ebenso dürfte bei sehr anämischen Pat. diese Methode den Vorzug verdienen, da Blutverluste hier nicht in Frage kommen. Prolabirte, entzündete und incarcerirte Knoten kann man unter antiseptischer Wundbehandlung oft sich selbst überlassen, weil sie durch diese quasi von der Natur eingeleitete Therapie zum Schrumpfen kommen. Phlegmonöse Zustände müssen stets unter das Messer kommen. Thrombirte Knoten gehen zwar auch spontan zu Grunde, man kann aber durch ihre Entleerung mittelst Einstiches den Heilungsprocess wesentlich beschleunigen. Was endlich die *Nachbehandlung* post operat. anbelangt, so wird der Darm leicht mit Jodoformgaze, mit Aïrol bestrichen, tamponirt. Der 1. Verband sei ein fester, comprimirender Occlusivverband, nach 2—3 Tagen wird er durch einen Salbenlappen mit T Binde ersetzt. Nach der Defäcation stets Sitzbad!

(Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1899.)

- **Anaemia gravis** als Folge versteckter H. hat Prof. C. A. Ewald mehrfach gesehen. Die Pat. boten subjectiv und objectiv alle Zeichen einer schweren Anämie dar, die Fälle wurden aber, da ein ätiologisches Moment sich nicht vorfand, als „perniciöse Anaemie“ angesehen und unter dieser Diagnose auch dem Autor überwiesen, der aber in H. das bis dahin übersehene ätiologische Moment entdeckte. Es kommen nämlich *hochsitzende Ektasieen der Hämorrhoidalvenen* vor, die natürlich nicht zu äusseren Knoten führen, so dass auch der Arzt bei oberflächlicher Untersuchung von ihrer Existenz nichts weiss. Man muss Specula zu Hilfe nehmen, ja oft sind sogar die gewöhnlichen Mastdarmspecula ungenügend und erst das ausgezeichnete Otis'sche Speculum führt zum Ziel, bei dessen Application allerdings Anästhesie des Anus (mittelst Schleich am besten!) nöthig ist. Wenn nun solche hochsitzende Knötchen (es sind meist ganz kleine Ektasieen der Venenwand) bluten, so wird es zu recht erheblichen Blutverlusten kommen können, ohne dass Pat. und Arzt darauf aufmerksam wird, indem die immer nur geringen Blutmengen sich den Stühlen innig beimischen. Erst wenn man danach fahndet, kann man durch Auseinanderbreiten der Skybala, durch mikroskopische

und chemische Untersuchung das Blut nachweisen. *An und für sich ist ja die Blutung gering, gefährlich aber wird sie durch ihre Dauer und Stetigkeit*, und so kommt es zu schwer anämischen Zuständen, die aber Ewald durch eine verhältnissmässig einfache Operation sehr rasch zum Verschwinden brachte. — In einem Falle handelte es sich nicht um H., sondern um einen linsengrossen *Polypen*, der bisher nicht entdeckt worden war und ebenfalls durch *stetige minimale Blutungen* die 36 jähr. Pat. aufs Aeusserste heruntergebracht hatte. Erst als in Narkose der Sphincter gedehnt war, fand sich an der Hinterwand des Mastdarms etwa 3 Querfingerbreit oberhalb des Anus jener mit einem dünnen Stiel versehene und ulcerirte Polyp, nach dessen Entfernung völlige Heilung erfolgte.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1899.)

Pemphigus. Uebertragungen von P. im Wirkungskreise einzelner Hebeammen wurden schon früher ab und zu beschrieben. Jetzt werden wieder von Dr. Fr. Brosin (Dresden) 2 neue Erkrankungsreihen mitgetheilt. In der einen handelte sich um 8 Erkrankungen mit 2 Todesfällen; zwischen die 6. und 7. Entbindung fällt eine 14tägige Carenzzeit, während welcher die Hebeamme aber doch ein pemphiguskrankes Kind besuchte (sie selbst erkrankte mit Pemphigusblasen an den Fingern). In der 2. Reihe 9 Fälle mit 5 Todesfällen (diese 9 fallen auf 64 Entbindungen, während bei der 1. Hebeamme sämtliche Kinder erkrankten). Diese 2 Reihen zeigen auch, dass die *Mortalität keine geringe* (auf Grund von Litteraturangaben berechnet sie Autor auf 25 %), *P. neonatorum keine so harmlose Affection* ist. Als ihr Contagium ist der *Staphylococcus pyogenes aureus* zu betrachten; zur Invasion bedarf es keiner ersichtlichen Eingangspforte, wenn auch mechanische und thermische Schädigungen die Einimpfung wohl erleichtern. Stets findet man in solchen Epidemien Ansteckung seitens älterer Geschwister, Wärterinnen, Hebeammen etc. (besonders Brüste der Stillenden empfindlich!), doch kommt es hier nur zum Ausbruch einzelner Blasen, nie zu einer das Allgemeinbefinden gefährdenden Verbreitung. Prophylaktisch sind zum Schutze des eigenen Körpers des Neugeborenen sogleich die ersten Blasen antiseptisch zu isoliren, ferner die *Verschleppung auf andere Neugeborene zu verhindern* (peinlichste Sauberkeit seitens der Hebeamme, bei Mehrerkrankung totale Carenzzeit von 2—4 Wochen!); eine Absonderung älterer Ge-

schwister ist nicht nothwendig, doch dürfen gleiche Waschgeräthe nicht benützt, nicht dieselbe Pflegerin genommen werden.

(Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gyn. 1899 Bd. 40, Heft 3. — Wiener medic. Presse 1899 Nr. 54.)

Rheumatismen. Einen Fall von auf der Basis einer Polyarthritidis rheumatica acuta entstandenen ankylopoëtischen Arthritis in den Occipito-Vertebralgelenken demonstirt Prof. Chiari. Die Section des 18jähr. Pat. fand am 9. I. 99 statt. Derselbe hatte wiederholt an acutem Gelenkrheumatismus gelitten, und hatte sich allmählig ein complicirter Herzfehler entwickelt; October 96 hatten sich dann die Symptome einer Entzündung der oberen Halswirbelsäule gezeigt, die nach ca. 16 Monaten zur Ausheilung kam. Klinisch wurde bezüglich dieser Entzündung einerseits an Tuberculose, andererseits an rheumatische Arthritis gedacht. An der Leiche fand man Folgendes: Foramen occipitale auffallend eng, und zwar dadurch, dass der Proc. odontoideus stark nach hinten vorsprang, sodass die Medulla oblongata deutlich abgeplattet erschien. Atlas mit Os occipitale sowie mit dem 2. Halswirbel und dieser wieder mit dem 3. synostisirt; die Synostose zwischen Atlas und Occipitale betraf die seitlichen Parthieen des Atlas und die Mitte des hinteren Halbringes, die Synostose zwischen Atlas und Epistropheus gleichfalls die Massae laterales und die Synostose zwischen Epistropheus und 3. Halswirbel die Bogentheile unmittelbar nach hinten von den Foramina intervertebralia. Dabei bestand eine abnorme Stellung des Epistropheus in der Art, dass der Epistropheus mit seinem Proc. odontoideus und damit die nach unten folgenden Halswirbel so weit nach hinten gerückt waren, dass die Spitze des Proc. odontoideus 2 cm hinter dem vorderen Rande des Foramen occipitale magnum sich befand, wodurch die erwähnte Verengerung des letzteren bedingt war. Der Apparat ligamentosus des Proc. odontoideus war durch Narben und Fettgewebe substituirt, und die über den Proc. odontoideus hinwegziehende Pachymeninx mit zarten Bindegewebsneubildungen bedeckt. Die Compression der Medulla oblongata hatte zu einer mikroskopisch nachweislichen, geringgradigen descendirenden Degeneration in den Pyramidenseitensträngen geführt. Von Tuberculose war nichts zu finden. — Prof. v. Jaksch spricht über die klinischen Verhältnisse des Falles. Man würde erwarten, dass dieser Pat. zum Schluss seines Lebens sehr schwere Erscheinungen

von Seiten seines Nervensystemes dargeboten habe. Das war aber nicht der Fall. Die Krankengeschichte, die ca. 3 Jahre umfasst, lässt sich in 2 Perioden eintheilen. Die erste reicht vom 1. XI. 96 bis 2. XI. 98. In dieser Zeit traten die nervösen Symptome in den Vordergrund. Pat. litt durch volle 7 Jahre an oft recidivirendem acutem Gelenkrheumatismus, dann trat Besserung ein; doch war er nicht imstande, alles zu arbeiten, und suchte deshalb das Spital auf. Bei der 1. Untersuchung wurde eine Insufficienz der Aortenklappen constatirt. Mit dem Kopfe konnte Pat. nur eine einzige Bewegung ausführen, nämlich nach rechts und vorn. Halswirbelsäule nicht schmerzhaft, aber zu beiden Seiten derb infiltrirt, Drüsen geschwollen. Daneben spastische Lähmung der rechten oberen Extremität mit mässiger Atrophie, besonders im Biceps; die elektrische Untersuchung liess keine Veränderung erkennen. Im weiteren Verlaufe nahmen die Lähmungen der rechten Hand zu, und kurze Zeit darauf beginnt Lähmung der linken Hand. In diesen Extremitäten von Zeit zu Zeit tetanische Zuckungen; dann gesellten sich Zuckungen in der rechten unteren, später auch in der linken unteren Extremität hinzu. Diese Symptome bestanden bis Juni 97, von dieser Zeit nahmen die Lähmungen im Laufe von Monaten langsam ab, die Inactivitätsatrophie nahm nicht zu, keine Entartungsreaction. In der Gegend des 3. Dornfortsatzes deutlich Knacken zu spüren, wenn Pat. den Kopf nach rechts bewegte. Die Erscheinungen besserten sich nun soweit, dass er im Febr. 91 nach Haus ging; er hatte jetzt eigentlich nur noch gesteigerte Reflexe. Er kam wieder mit schweren Herzerscheinungen, von nervösen war in dieser 2. Periode nichts mehr zu constatiren. — Dr. Nachod erlebte einen Fall, wo es *im Zusammenhange mit einem Gelenkrheumatismus zu einer ähnlichen Affection im Unterkiefergelenk* kam.

(Verein deutscher Aerzte in Prag, 17. III. 99. —
Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 33.)

Tuberculose. Ueber die operative Behandlung der tuberculösen Peritonitis lässt sich A. Theilhaber (München) aus. All den Hypothesen gegenüber, die betreffs der Wirkung der Incision bei tuberculöser Peritonitis aufgestellt wurden, weist Autor auf die *Spontanheilungen* dieser Erkrankung hin. Er unterscheidet die Peritonealtuberculose

- a) ohne Exsudat,
- b) mit Exsudat, und zwar

1. die Peritonitis tuberculosa fibrino-plastica,
2. die Peritonitis tuberculosa cum ascitide.

Alle diese Formen können spontan ausheilen; eine Ausnahme dürften wohl nur die relativ seltenen Fälle von eitriger oder jauchiger Peritonitis tuberculosa machen. *Die Coeliotomie ist ein vorzügliches Mittel, die Flüssigkeit im Abdomen rasch zum Verschwinden zu bringen, eine spezifische Wirkung aber auf die Erkrankung selbst kommt ihr wohl kaum zu.* Dass vielen Beobachtern früher die Heilung der Affection nach der Laparotomie so wunderbar erschien, dürfte wohl darin liegen, dass der Tuberkel früher in schlimmerem Rufe stand, als er verdiente. Nach der Entleerung des Exsudates wird die Arbeit des Herzens und der Lunge erleichtert, die Circulation im Unterleibe wird wesentlich gebessert; dazu kommt noch, dass durch das Verschwinden des Ascites auch die Function der grossen Unterleibsdrüsen gebessert wird, der Appetit sich hebt und im Zusammenhange damit die Ernährung gebessert, der gesammte Zustand des Organismus auf ein höheres Niveau gebracht wird. Autor verfolgt folgende therapeutische Principien: Er incidirt sofort bei eitrigen oder jauchigem Erguss oder bei ungeheurer Flüssigkeitsmenge, die zu hochgradiger Dyspnoë führt, ferner bei Oclusion des Darmes und Perforation desselben; bei flüssig-serösem Exsudat incidirt er nur dann, wenn dasselbe schon eine Reihe von Wochen besteht, ohne sich zur Resorption anzuschicken; er incidirt nicht bei fehlendem Exsudat und der fibrinoplastischen Form. Leichte Lungentuberculose oder Darm-, Knochen-, Genitaltuberculose contraindiciren die Operation nicht, und auch bei vorgeschrittener T. kann eventuell, zum mindesten um palliativ Erleichterung zu bringen, operirt werden, und zwar sehr gut unter Schleich'scher Anästhesie.

(Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, Sept. 1899. —
Wiener medic. Presse 1899 Nr. 40.)

- **Tuberculinseife** hat P. G. Unna (Hamburg) im letzten halben Jahr etwa 30 Mal angewandt und macht jetzt darüber Mittheilung. Dass das Tuberculin so rasch abgewirthschaftet hatte, lag darin, dass die Aerzte mehr von ihm erwartet hatten, als es leisten konnte. Denn Koch hatte von vornherein betont, dass es die Tuberkelbacillen zu vernichten nicht imstande ist, und die Aerzte mussten daraus den Schluss ziehen, dass weder Lupus, noch sonst eine durch den Tuberkelbacillus erzeugte Krankheit allein durch Tuberculin

geheilt werden könne. Dazu kam noch die mögliche *Tuberculingefahr*. Nun wird letztere ja sehr vermindert durch die jetzt üblichen, schon als wirksam erkannten kleinen Dosen, immerhin jedoch involviret die bisherige Form der Tuberculininjection eine *Allgemeinwirkung*, die für die äusseren Formen der T. unnöthig ist. So kam Unna dazu, eine Applicationsweise zu suchen, die eine Dosirung des Mittels von Stelle zu Stelle so zu variiren erlaubte, wie es dem Grade der Erkrankung entspricht, ohne auf die lästige Allgemeinwirkung Bedacht nehmen zu müssen. Es ergab sich da als beste Form die Tuberculinseife, hergestellt mit der von Unna empfohlenen *Sapo unguinos.*, welcher auch hier die zugleich mildeste und energischste Art der medicinischen Seifenapplication darstellt*):

Rp. Tuberculin. 0,5—1,0—2,0
Sapon. unguinos. 10,0
S. Salbenseife.

Eine geringe Menge davon, für den Quadratcentimeter Oberfläche etwa 0,025 g (= 0,005 der 20% und 0,00125 g Tuberculin der 5% igen Seife) wird zunächst mit dem Finger (den man mit einem Handschuh- und Gummidäunling schützen kann) auf der Hautstelle verrieben, bis die Trockenheit ein weiteres Verreiben unmöglich macht; dann wird der Finger mit Wasser benetzt, sodass beim Weiterreiben Schaum entsteht; man reibt nun, bis der Schaum wieder verschwindet, taucht den Finger dann abermals ein und so fort etwa 4—5 Mal, bis die ganze Masse zwischen den obersten Hornzellenlagen Platz gefunden hat, mithin für das Auge verschwunden ist. Da Sapo unguin. an und für sich eine entschiedene Einwirkung auf kranke Oberhautstellen ausübt, so erschien es geboten, bei den ersten therapeutischen Versuchen — es handelt sich hier hauptsächlich um *Lupus*, wo die T.-Seife**) Anwendung fand — an analogen und möglichst symmetrischen Stellen die einfache Salbenseife ohne Medicament zum Vergleich einreiben zu lassen. Der Unterschied in der Wirkung war äusserst prägnant: Nach einer 1 maligen Einreibung z. B. eines floriden Wangenlupus mit reiner Salbenseife zeigt sich etwas Spannung und Schuppung, resp. Verdickung der bereits schon vorhandenen Schuppen — weiter nichts, und nach 24 Stunden ist der

*) Sapo unguin. wird durch unvollständige Verseifung von Schmalz mit Kalilauge hergestellt (Schwanapotheke in Hamburg).

**) So sei hier fernerhin die Tuberculinseife benannt.

Effect nicht mehr wahrnehmbar. Die mit T.-Seife behandelte Stelle verhält sich gleich nach der Einreibung genau so, aber je nach der Dicke und Unversehrtheit der Oberhaut fühlt der Pat. nach 6—12—24 Stunden, ja bei sehr dicker Oberhaut erst nach einigen Tagen und mehrfacher Einreibung ein leichtes Prickeln, und nun beginnt — genau wie nach der Tuberculininjection, nur später — eine entzündliche Hyperämie mit Oedem, die unter Umständen zu dicker Schuppen- und Krustenbildung führt und nach einigen Tagen ohne weitere Behandlung, rascher noch unter eintrocknenden Mitteln, wie Zinkschwefelpasta etc. zurückgeht. Dann stellt sich die Lupusfläche — genau wie nach einer Tuberculininjection — weit blasser, flacher, glatter dar als vorher; ein Theil des Plasmons ist geschwunden und, was noch auffälliger ist, auch ein Theil der fibrösen Durchwachsungen, welche auf Tuberculin wie das zellige Lupusgewebe reagiren und nicht mit der definitiven Lupusnarbe verwechselt werden dürfen. Gerade dieses *Lupusfibrom* ist aber, wie Unna früher gezeigt hat, ein Hauptgrund für die Entstellung bei jedem länger bestehenden, vielbehandelten Lupus des Gesichts, es erzeugt das Ectropium der Augenlider und Lippen, den Schluss der Nasenlöcher und des Mundes, die unförmigen Wülste an Nase, Wangen, Hals, Ohren. Wenn T.-Seife nichts anderes vermöchte, als diese hässlichen Residuen zu entfernen, so wäre sie schon deshalb werthvoll genug. Aber sie vermag viel mehr. Die rascheste und sicherste Art, einen tiefsitzenden alten Lupus zu heilen, zerfällt in 2 verschiedene Theile: 1. die Beseitigung des diffusen oberflächlichen Plasmons mit Aufdeckung der tiefliegenden, zerstreuten Lupuscentren; 2. die radicale Beseitigung der letzteren durch die Spickmethode oder ähnliche Mittel. An die besten Mittel der 1. Periode („grüne Salbe“, Kalipasta, Salicylcreosotpflastermull, Kalidunstumschläge) reiht sich ebenbürtig die T.-Seife an, von der wir die Entfernung des diffusen Lupusgewebes erwarten dürfen, nicht aber die der bacillenhaltigen Lupuscentren. Sie hat vor jenen Methoden sogar manche Vorzüge: *Sie arbeitet rasch und nahezu schmerzlos.* Man wird, schon um die Reaction in Schranken zu halten, die hochprocentuirte (20 %) für umschriebene Fälle reserviren und sehr ausgedehnte mit schwächerer (5—10 %) behandeln, wobei man auch noch die grossen Flächen in kleinere Bezirke theilen wird, die man abwechselnd mit Seifensalbe und Eintrocknungsmitteln bearbeiten wird. Ferner kann

man die T.-Seife appliciren an den *Schleimhauteingängen*, wo es mit den bisherigen Methoden nichts war. Auch beim *Lupus der Schleimhäute* selbst bewährte sich die T.-Seife (Zahnfleisch, Backen-, Gaumen-, Nasenschleimhaut). Es ist natürlich den Pat. viel angenehmer, diese lupösen Parthieen täglich 1 Mal mit der Seife einzuschäumen, als sich schmerzhaften Aetzungen zu unterwerfen; wenn die letzteren auch durch die T.-Seife sich nicht ganz erübrigen, so werden sie doch durch sie erheblich eingeschränkt. Auch hier erzielt man, wie an der Haut, die in die Augen fallendsten Resultate, wo eine fibröse Neubildung concurrirt, so bei rüsselförmiger Verdickung der Lippen, Verengerung der Mundspalte, Naseneingänge etc. Aber einige behandelte Fälle zeigten, dass *die T.-Seife noch mehr leistete, als das Tuberculin selbst* (ist auch erklärlich, da die sicher mit dem Tuberculin eindringende Kaliseife wohl zweifellos auf die Substanz des Tuberkelbacillus zerstörend einzuwirken geeignet ist, um so mehr, als das Tuberculin gleichzeitig den zelligen Reactionswall beseitigt; die Combination von Tuberculin und Kaliseife wäre demnach ein besonders glücklich gewähltes antilupöses Mittel!); denn es zeigte sich, dass auch die Lupuscentren nach der Behandlung so wenig zahlreich waren, dass nur wenige mit der Spickmethode noch zu behandeln waren. — Auch in 2 Fällen von *Scrophuloderma* wirkte T.-Seife rasch und günstig ein.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 80.)

Typhus abdominalis. Unter dem Namen *Spondylitis typhosa* hat kürzlich Quincke auf Grund zweier Beobachtungen ein neues Krankheitsbild aufgestellt, welches sich im Wesentlichen als eine nach Ablauf des T. einstellende Erkrankung der Lendenwirbelsäule und Kreuzbeinegend documentirt. Der Process setzt mit Fieber ein, erzeugt sehr starke Schmerzen der Lenden- und Kreuzbeinegend, Anschwellung dieser Parthieen und Schmerzen im Rücken; bald treten spinale Symptome auf, die sich theils in Parästhesien und Störungen der Reflexe der unteren Extremität, theils auch in Störungen der Blasen- und Mastdarmfunctionen äussern können. Die spinalen Anzeichen bilden sich auffallend rasch zurück, sodass nach einigen Wochen Restitutio ad integrum erfolgt. Einen ähnlichen Fall hat jetzt nun Dr. Könitzer (Stettin, Krankenhaus Bethanien) beobachtet: 25jähr. Schmied erkrankte angeblich Anfang November 98 mit Erscheinungen, welche

auf T. hinwiesen. Er wurde ärztlich, auch homöopathisch auf „gastrisches Fieber“ behandelt. Das Leiden zog sich lange hin, das Fieber verschwand erst nach und nach Januar 99, Ende Januar stand Pat. auf und nahm im Februar seine Thätigkeit wieder auf, konnte jedoch nur leichte Arbeit verrichten. Ab und zu hatte er Schmerzen in Rücken und Beinen, bis sich plötzlich am 11. III. beim Niesen starke Schmerzen im unteren Theil der Wirbelsäule einstellten. Pat. konnte nicht mehr stehen, er musste sich ins Bett legen; die Schmerzen wurden so stark, dass er sich nicht mehr bewegen und aufrichten konnte. Am 11. III. Aufnahme ins Krankenhaus. Krank ausschender, stark abgemagerter Mann mit bleicher Hautfarbe, anämischen Schleimhäuten. Bewegt die Arme frei, jede Bewegung des Körpers und der unteren Extremitäten ist aber äusserst schmerzhaft, und bei dem geringsten Versuch, die Lage zu wechseln, schreit Pat. auf. *Hauptsitz der Schmerzen Gegend der Lendenwirbel und des Kreuzbeins*, deren leiseste Berührung heftigste Schmerzen hervorruft. Keine Anschwellung daselbst, keine Röthung der Haut. Bei passiven Bewegungen der flectirten Oberschenkel starke Schmerzen. Reflexe, Gelenk und alles übrige durchaus normal. Temperatur 38,1°. Am 19. III. Befund an der Wirbelsäule unverändert, ebenso Schmerzen. Knie- und Fussgelenke können activ ohne Schmerzen bewegt werden, jedoch vermag er nicht, das Bein in toto zu heben, „ihm seien die *Beine wie gelähmt*“. *Patellarreflex gesteigert*. Temperatur 38,3°, Abends 39,2°. Am 22. III. Zustand der gleiche. Patellarreflexe noch mässig gesteigert. Temp. 38°, Abends 38,2°. Am 26. III. Patellarreflexe normal. Schmerzen dieselben. Kein Fieber. 30. III. *Patellarreflexe erloschen*. Sensibilität normal. Sonst keine Veränderung. Kein Fieber. 2. IV. Temp. 39°. Schmerzen in Knie- und Fussgelenken. Sehr heftige auch in der Wirbelsäule. Natr. salicyl. 7. IV. Temperatur normal. Keine Schmerzen in den Gelenken mehr. Auch Empfindlichkeit der Wirbelsäule geringer. Man kann die Wirbelsäule abtasten, ohne etwas Abnormes zu finden, bei stärkerem Druck auf die Proc. spinales noch Schmerzen. Patellarreflexe schwach. Am 12. IV. Patellarreflexe normal. Pat. steht auf, vermag sich jedoch nicht allein zu halten. Beim Gehen bewegt er sich mit steifen Beinen und fixirt die Wirbelsäule. Normale Temperatur. Jetzt rasche Besserung des Zustandes. Manchmal stellen sich Schmerzen abwechselnd rechts und links von der Len-

denwirbelsäule ein, wobei das entsprechende Bein mit empfindlich ist. Pat. geht zuerst gestützt, dann mit Krücken und mit Stöcken, langsam, etwas beibeinig, die untere Wirbelsäule etwas steif haltend. Beim Bewegen, besonders Bücken, noch Schmerzen hieselbst. Pat. stellt sich Ende Mai mal vor: Noch häufige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, ins Bein ausstrahlend, auch beim Bücken, sonst alles normal. — Der Fall stimmt im Allgemeinen mit denen Quincke's überein, nur *fehlte die Schwellung der Lenden- und Kreuzbeingegegend*. Vielleicht hatte sich dieselbe, als Pat. ins Spital kam, schon verloren, vielleicht war sie überhaupt nicht vorhanden, was ja vorkommen kann, da der Process „unter einer entzündlichen Schwellung mit vorwiegend seröser Infiltration auf der inneren und auf der äusseren Fläche der Wirbelsäule“ einhergeht. Die Straffheit und Dicke der über dem Krankheitsherde liegenden Rückenmuskulatur könnte auch leicht eine sichtbare Anschwellung verhindern. Pat. hatte sofort nach der Wiederherstellung seine Thätigkeit als *Schmied* aufgenommen; Quincke sieht das in einem seiner Fälle, auch einem Schmied, als Anlass für das Eintreten des Processes an, indem er glaubt, dass durch die Anstrengung eine Zerrung des Periosts und kleine Blutungen erfolgen, welche den regelmässig im Knochenmark Typhuskranker sich befindenden Typhusbacillen Gelegenheit zur Entfaltung ihrer Thätigkeit geben.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 35.)

- Einen Fall von Typhus abdominalis, complicirt durch eitrige Meningitis, publicirt J. F. Shorno. Bei dem an T. erkrankten 9jähr. Mädchen traten am 20. Krankheitstage Gehirnerscheinungen unbestimmten Charakters, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Unruhe, Delirien auf, und am 23. Tage erfolgte der Exitus, nachdem sich vorher noch klonische Krämpfe eingestellt hatten. Bei der Section fand sich neben für T. charakteristischen Anzeichen eine *eitrige Convexitätsmeningitis*, und die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung liess *im Eiter Typhusbacillen* als Urheber der Meningitis erkennen.

(Djetskaja Medicina 1899 Nr. 3. —
Revno der Russ. medic. Zeitschriften 1899 Nr. 89.)

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 5.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Februar

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Asthma. Zur Behandlung des asthmatischen Anfalls macht Prof. F. Riegel (Giessen) eine Mittheilung. Er spricht aber nur von dem wirklichen A. bronchiale, also jenem Symptomencomplex, der charakterisirt ist durch anfallsweise auftretende Dyspnoë von vorwiegend expiratorischem Charakter, durch rasch einsetzende und mit Anfallsende wieder zurückgehende acute Lungenblähung, wozu sich weiterhin meist bronchitische Erscheinungen, laut hörbares Giemen und Pfeifen und ein eigenthümliches Sputum gesellen, in dem insbesondere die Curschmann'schen Spiralen und die Leyden'schen Krystalle beachtenswerth sind. Leider wird in praxi das Wort A. vielfach falsch angewandt und auch da benutzt, wo es sich zwar auch um plötzliche Anfälle von Dyspnoë handelt, die aber mit dem Begriffe A. nichts zu thun haben. Solche Fälle meint hier Autor nicht, sondern eben nur *echtes A. bronchiale*. Worin das Wesen desselben besteht, darüber ist viel gestritten worden.

Bekanntlich hat seit Biermer die Mehrzahl der Aerzte sich dessen Anschauung über das Wesen des A. als eines *Bronchialmuskelkrampfes* angeschlossen. Eine andere Theorie nimmt eine Angioneurose an, eine Anschwellung der Bronchialschleimhaut infolge von Erweiterung der Blutgefäße durch vasomotorische Einflüsse, und eine dritte glaubt an Zwerchfellkrampf. Die Bronchialmuskelkrampftheorie hat jetzt die nöthige physiologische Unterlage gefunden durch Einthoven's Versuche, der durch Vagusreizung Athemdrucksteigerung von mehr als 120 mm aq. erzielte und so die mächtige Wirkung der Bronchialmuskeln erwies, sowie den grossen Einfluss des *Vagus* auf letztere. Also dem asthmatischen Anfall liegt ein Krampfzustand zu Grunde, der auf der Bahn des Nervus vagus zustande kommt. Daraus folgt, dass wir beim Anfall Mittel anzuwenden haben, welche die *Erregbarkeit des Vagus herabzusetzen* imstande sind. Von dieser Erwägung aus injicirt Riegel seit Jahren subcutan *Atropin* ($\frac{1}{2}$ —1 mg), das sich auch sehr oft, freilich nicht immer, als prompt wirksam erwies, indem die krankhaften Erscheinungen, namentlich Dyspnoë und auch die Lungenblähung $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde post inject. völlig zurückgingen. Ob die länger fortgesetzte Anwendung des Mittels die Wiederkehr der Anfälle verhüten kann, darüber erlaubt sich Autor kein Urtheil.

(Naturforscherversammlung in München 1899. —
Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 41.)

Augenentzündungen. Zur Therapie des Frühlingskatarrhs lässt sich Prof. Sillex (Berlin) aus. Er unterscheidet 3 Formen der Affection:

1. Die auf den *Limbus corneae* sich beschränkende. Bei geringer Injection besonders am nasalen und temporalen Theil der Lidspalte, ein anderes Mal aber auch circumcorneal auf dem Limbus grauröthliche, höckrige, sich hart anfühlende, verschieden grosse Erhabenheiten von wachsartigem Glanze, die wenig Neigung zur Verbreitung zeigen. Der Limbus, d. h. der grau aussehende Theil der Cornea, gewöhnlich etwas verbreitert; nur sehr selten greift die Trübung vom oberen Hornhautrande her weiter auf die Cornea über. Geschwürige Processe finden sich nicht.

2. Die auf die *Lider* (besonders deutlich am Oberlid) localisirte. Die Conjunctiva zeigt ein milchig-trübes Aussehen, und ist bald mehr, bald weniger bedeckt mit theils

gestielten, theils völlig abgeplatteten Wucherungen. Durch letztere bekommt die Oberfläche der Conjunctiva zuweilen ein mosaik- oder strassenpflasterähnliches Aussehen (Fälle dieser Art werden öfters mit Trachom verwechselt und durch die übliche Trachombehandlung nur verschlimmert).

3. Eine *Mischform*, zugleich beide Befunde darbietend.

Es handelt sich bei den Processen am Limbus um starke Wucherungen des Epithels, das caneroidartige Fortsätze in das darunter liegende, mit Rundzellen reichlich durchsetzte Gewebe sendet. An den neugebildeten Lymphknötchen der Scleralbindehaut tritt eine fibrilläre und theilweise colloide Umwandlung des Gewebes der Tunica propria besonders in den Vordergrund. Die Herde an der Conjunctiva kommen zustande durch Verdickung des Epithels, durch Neubildung von Bindegewebe und durch kleinzellige Infiltration. Die Krankheit beginnt mit Eintritt der wärmeren Jahreszeit, macht oft gar keine subjectiven Symptome, bisweilen Lichtscheu, Thränen- und Schleimabsonderung. Bei kühlerem Wetter geht es den Pat. besser, zum Winter hin und im Laufe desselben gehen alle Wucherungsherde fort oder sie bleiben angedeutet, recrudesciren aber in beiden Fällen im nächsten Frühling; und so geht es viele Jahre lang, wobei bisweilen eine Störung des Allgemeinbefindens nicht eintritt. *Therapeutisch* sind wir ohnmächtig. Es werden zwar verschiedene Mittel empfohlen, ein wirksames kennt aber Silix nicht. Selbstverständlich fühlen sich die Pat. wohl, wenn man bei Lichtscheu Cocain instillirt und kühle Umschläge macht, wenn man bei Brennen Acet. plumbi und sonstige kühlende Wässer verordnet, wenn man bei Katarrh Zink applicirt. Inzwischen vergeht die Hitze, die empfohlenen Mittel haben scheinbar geholfen. Es wird nun auch empfohlen die Entfernung durch Ausschaben mittelst eines kleinen scharfen Löffels. Aber die Knötchen am Limbus sind sehr derb und fest, gar oft gelingt die Abkratzung nicht oder nur bei starker Gewaltanwendung, die dabei entstehenden subconjunctivalen Blutergüsse entstellen wochenlang mehr, als die früheren Granulationen, ganz abgesehen von der Gefahr der Pterygiumbildung und davon, dass oft einzelne Knötchen doch stehen bleiben. Gegen die Knötchen an und für sich am Limbus vorzugehen, ist überflüssig, da sie nicht schaden, meist auch keine Beschwerden und keine Entstellung verursachen. Ist aber ein Pat. mal kosmetisch stark benachtheiligt, so

muss man radicaler vorgehen, wie es Silex erfolgreich bei einer Pat. that, die 15 Jahre an der Affection litt, in dieser Zeit von den verschiedensten Specialisten resultatlos behandelt worden war, aber noch nie den Rath erhalten hatte, sich operiren zu lassen. Auf beiden Seiten der ganze Bezirk der freien Lidspalte derartig in jene röthliche, höckrige Masse verwandelt, dass hochgradige Entstellung vorhanden war. Autor exstirpirte mit Messer und Scheere, unter Cocainanästhesie an beiden Augen die befallenen Partien in Form eines Dreiecks, lockerte mit weiten Scheerenschlägen nach oben und unten die Conjunctiva soweit, bis ohne Zerrung die Schnittränder an einander lagen, und vereinigte dieselben durch Catgutnähte. Reizloser Verlauf. Seitdem (2 Jahre) kein Recidiv. — Im Anschluss daran bespricht Silex auch den *Heufieberskatarrh der Conjunctiva*. Bekanntlich äussert sich das sogen. Heufieber als Katarrh der Schleimhäute des Kopfes und des Respirationstractus; Nase und Augen werden am häufigsten befallen. Am Auge findet man entweder nichts oder eine Conjunctivitis simplex; die Augen brennen, stechen, sind lichtschon, thränen. *Therapeutisch* äussern bisweilen Nasendouchen und galvanokaustische Behandlung der Nasenschleimhaut auch günstigen Einfluss auf die Conjunctiva. Sonst aber sind am meisten zu empfehlen täglich 3—4 mal Cocaininstillation (2%) mit sofort folgender Kühlung mit reinem Wasser (10 Minuten); ausserdem mehrmals täglich eine Prise Eucain in die Nase und ausserdem 1—2 mal per Woche ein russisch-römisches Bad mit ausgiebigem Gebrauch der kalten Douche auf die leicht geschlossenen Augen.

(Die ärztl. Praxis 1899. Nr. 20.)

— Ueber den Gebrauch starker Sublimatlösungen bei A. lässt sich Dr. E. Gutmann (Breslau, Klinik von Prof. Magnus) aus. Es war eine *recht starke Concentration* (3:1000), die hier mit Erfolg benutzt wurde, indem täglich 1 mal 6—10 Tropfen davon auf die Conjunctiva infer. und die untere Uebergangsfalte unter möglichster Vermeidung der Hornhaut (bei aufwärtsgerichtetem Bulbus) aufgeträufelt wurden. Die Therapie erwies sich als erfolgreich bei:

1. *Schwellungskatarrh* (Catarrhus muco-purulentus), der klinisch unter starker Schwellung der Lider, der Conjunctiva infer. und namentlich der unteren Uebergangsfalte sowie der Plica semilunaris, rosiger Röthung und oft auch

Chemosis der Conjunctiva sclerae und reichlicher schleimig-eitriger Secretion verläuft, und unter dessen Bilde sich eine Reihe ätiologisch differenter Erkrankungen verbirgt, so die Krankheit *sui generis* als heftigste Form der acuten Conjunctivitis, durch bacterielle Infection hervorgerufen, bei sonst gesunden Personen, so scrophulöse Katarrhe (so endlich die acuten Formen des Follicularkatarrhs und Trachoms, die ebenfalls als „Schwellungskatarrhe“ auftreten, wobei die lymphoiden Elemente resp. Granula zunächst noch unter der starken Papillarschwellung verborgen bleiben). In allen diesen Fällen wirkt das Sublimat nicht nur abkürzend auf den Verlauf, sondern häufig geradezu coupirend. Bei einfachem Katarrh oder blosser Hyperämie der Conjunctiva ist diese Therapie unnütz und zu reizend.

2. *Trachom*. Auch hier wirkt Sublimat ausgezeichnet, sobald erhebliche Secretion besteht, also beim acuten Trachom und beim Pannus trachomatosus, während beim Trachoma simplex (Körnerbildung ohne besondere Reizerscheinungen) der Kupferstift in sein Recht tritt. Natürlich ist hier das Sublimat längere Zeit hindurch anzuwenden. Die günstige Wirkung zeigt sich aber schon sehr bald, indem die subjectiven Reizerscheinungen, sowie Secretion und Schwellung nachlassen, resp. der Pannus sich aufzuheben beginnt (hier, wie in allen übrigen Fällen auch, kam Sublimat allein zur Verwendung, sonst höchstens noch 4% Borlösung zu Auswaschungen).

3. *Chron. Dakryocystoblennorrhö*, wo sich in nicht allzu veralteten Fällen manchmal ein vollständiges Versiegen der schleimig-eitrigen Absonderung erzielen lässt, sodass die Sondirung erspart werden kann. Es ist rathsam, den Pat. sich horizontal hinlegen zu lassen und ihn aufzufordern, nach der Application des Sublimats — der die Entleerung des Thränensackes durch Fingerdruck vorgehen muss — die Augen mehrmals hintereinander fest zu schliessen und zu öffnen, um dadurch die Ansaugung des Mittels in den Thränensack zu befördern.

Die subjectiven Beschwerden nach der Application sind manchmal ganz bedeutungslos, selten so heftig, dass von der weiteren Anwendung Abstand genommen werden muss. Meist wird nur über stärkeres Brennen, das mitunter 1—2 Stunden anhält, geklagt. Je stürmischer die Erscheinungen des Schwellungskatarrhs sind, desto geringer gewöhnlich die Beschwerden, welche das Sublimat verursacht, obwohl gerade hier die überraschend günstige

Wirkung am eclatantesten hervortritt. Viel heftiger reagiren mächtig gereizte Augen, wie sie bei einfachem Katarrh vorliegen, und ist hier deshalb vor dieser Therapie zu warnen. Uebrigens sind die Beschwerden nicht so gross, wenn die Sublimatlösung mit dem Zusatz „sine spiritu“ ordinirt wird. Vergiftungserscheinungen sind nie vorgekommen. Trotz der starken Lösung ist ja die angewendete Dosis (im Durchschnitt 7—8 Tropfen = 1 mg Sublimat eine minimale, und da auch hiervon höchstens ein kleiner Theil durch Unvorsichtigkeit in den Mund gelangen kann (was man übrigens auch ganz gut verhindern kann), so ergibt sich daraus die Unschädlichkeit selbst für kleinste Kinder. *Trotzdem wird der Arzt freilich die Instillationen am besten nur selbst vornehmen.* In seiner Hand aber ist diese Sublimatlösung in geeigneten Fällen ein ebenso unschädliches wie wirksames therapeutisches Agens.

(Therap. Beilage Nr. 11 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.

— Seine Erfahrungen mit Protargol als Präventivmittel gegen Blennorrhoea neonatorum theilt Piotrowski mit und er kommt auf Grund von 170 Fällen mit einer durchschnittlich 10 tägigen Beobachtungsdauer zu folgenden Schlüssen:

1. Das Protargol ist ein ebenso sicheres Präventivmittel wie Argent. nitr.
2. Das Protargol hat selbst in Substanz — gewöhnlich wurde 10⁰/₀ ige Lösung gebraucht — keine ätzenden, verschorfenden Eigenschaften.
3. Das Einträufeln ist schmerzlos.
4. Das Protargol kann längere Zeit aufbewahrt werden.
5. Das Protargol bildet keine Schorfe und dringt in die Tiefe des Gewebes.
6. Es kann ohne Schaden in grösserer Menge angewendet werden.
7. Die Reaction ist sehr gering, im Vergleich mit jener nach Argent. nitr. gleich null.
8. Die Reaction dauert ganz kurze Zeit.
9. Die Secretion ist im Gegensatz zu jener bei Argent. nitr. sehr spärlich.
10. Die Oedeme der Lider sind entweder überhaupt nicht vorhanden oder geringer, als bei Behandlung mit Argent. nitr.
11. Die Einträufelungstechnik ist ungemein leicht.

12. Die Asepsie des Bindehautsackes nach Einträufelung dauert fast 2 Tage.

(Przegląd Lekarski 1899 Nr. 39/40 —
Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 Nr. 100.)

— Eine physiologisch und therapeutisch sehr wichtige Eigenschaft des Dionins entdeckte Dr. Wolffberg (Breslau). Derselbe sah nämlich, wenn er 2%ige Lösung ins Auge träufelte, starke *Lymphüberschwemmung* entstehen, die sich z. B. durch in wenigen Minuten auftretende Chemosis der Conjunctiva bulbi bei erhöhtem Glanz der Cornea und durch starkes Lidödem kundgab. Autor benützt seine Entdeckung nun mehrere Monate lang klinisch und kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Dionin ist wichtig für die Wundbehandlung nach allen *Bulbusoperationen*, speciell nach Operation des grauen und grünen Staars, und bei allen Verletzungen des vorderen Augapfelabschnittes, sowie des gesamten Bindehauttractus;

2. Dionin ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Behandlung aller *Hornhautleiden*, speciell der scrophulösen;

3. Es unterstützt die medicamentöse Behandlung des *Glaukoms* durch günstige Beeinflussung der Cornealtrübung, der Pupille, Tension und besonders der Schmerzen.

Auch Autors Assistent, Dr. Nicolaier hatte an poliklinischen Pat. Gelegenheit, diese Wirkungen zu beobachten, namentlich bei fasciculärer Keratitis.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene
des Auges, III. Nr. 1, 3, 4.)

Blutungen. Mors praecox ex haemorrhagia cerebri post coitum, so lautete die Diagnose bei einem gerichtlich zur Untersuchung gekommenen Falle, bei dem Prof. Gumprecht (Jena) die medicinische Aufklärung zu geben hatte. Derselbe theilt die Einzelheiten mit, aus denen sich kurz ergibt, dass eine 32 jährige, gesunde, aber sehr excitirbare Frau kurze Zeit nach einem mit ihrem Geliebten vollzogenen Coitus plötzlich starb, und dass die Section eine wallnuss-grosse Blutung in der Brücke aufdeckte, welche die Todesursache war. Der sexuelle Act war zweifellos als Veranlassung für die Apoplexie aufzufassen. In der Litteratur fand Autor keinen derartigen Fall. Aehnlich ist höchstens der Oesterreich's: Tod eines jungen Officiers post noctem nuptialem durch Verstopfung beider Kranzarterien. Gum-

precht hat seiner Zeit über obigen Fall in der Section f. Heilkunde in Jena berichtet. In der Discussion erwähnte Wagenmann einen Fall von plötzlicher Erblindung durch Embolie der Arter. centralis retinae unter gleichen Umständen, und Riedel, dass zu seiner Zeit in Rostock ein älterer Herr im Bordell todt aufgefunden wurde. Pulscurven, die inter coitum aufgenommen sind (Mendelsohn) zeigen die erhebliche Beanspruchung der Circulation; die Wellen sind ungleichmässig im Rhythmus und von verschiedener Höhe und Länge, wie bei einer schweren Herzinsufficienz. Dem Wesen nach ist die Apoplexia e cohabitatione aber nichts anderes, als jede andere *Apoplexie bei plötzlicher Blutdrucksteigerung* oder überhaupt jede Embolie aus ähnlicher Veranlassung. Apoplexien ereignen sich ja im kalten Bade, beim Turnen, im Zorn, bei der Defaecation, bei Krämpfen, Hustenstössen, überhaupt bei Muskelanstregungen. Letztere sind bekanntlich besonders gefürchtet bei älteren Leuten, wo Gefässveränderungen, namentlich jene miliaren Aneurysmen des Hirns das Maassgebende sind, während die Muskelarbeit nur die Rolle der Gelegenheitsursache spielt durch Vermittelung des erhöhten Blutdruckes oder wenigstens der erhöhten Strömungsgeschwindigkeit. *Plötzliche Todesfälle nach Muskelanstregungen*, meist durch Apoplexie bedingt, finden sich mehrfach in der Litteratur. Auch stellte Kern (1892) 83 Fälle von Embolie der Arter. centralis retinae zusammen, unter denen 9 während einer vorübergehenden Muskelanstregung entstanden waren, bei der Arbeit, beim Bücken, nach einem forcirten Marsch, 2 Mal auch beim Mittagsschläpfchen (Blutdrucksteigerung nach der Hauptmahlzeit um ca. 20 mm steht fest!). Freilich kommen die meisten Apoplexien ohne besondere Veranlassung zustande. Aber je weniger die Gefässe sclerosirt sind, je jugendlicher der Träger, um so mehr sucht man nach einer äusseren Veranlassung. Jürgens sah eine Embolie der Bauchaorta bei einem Studenten nach einem Zechgelage, Bastian's 15jähr. Knabe, der an Hirnblutung plötzlich starb, war nach einem guten Diner aufs Pferd gestiegen, Möbius sah eine Gehirnblutung durch Keuchhusten. So häufig Hirnblutungen vorkommen, so selten sind *Rückenmarksblutungen*; auch bei ihnen zeigt sich aber der Einfluss der Muskelanstregungen. Gumprecht selbst behandelte lange Zeit einen jungen Burschen, der als Hausdiener die Koffer der Reisenden vom Bahnhof nach dem hochgelegenen Hotel zu tragen hatte; an einem kalten, regnerischen Tage

stürzte er bei dieser Beschäftigung zusammen, lag Monate lang an einer Paraplegie der Beine und behielt eine dauernde spastische Parese zurück; es handelte sich wahrscheinlich um Haematomyelie.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 45.)

- Einen 15jähr. durch Einspritzung einer Gelatinekochsallösung geheilten Haemophilen demonstrierte F. Krause. Anamnestisch war nur zu ermitteln, dass ein Onkel mütterlicherseits nach einer Zahnextraction sich verblutet, und dass Pat. in der ersten Kindheit sehr oft starkes Nasenbluten gehabt hat. Seit 8 Jahren leidet er häufig an Anschwellungen der Körpergelenke, von denen meist mehrere gleichzeitig erkrankt waren. Bei der Machtlosigkeit, mit der die bisherige Therapie diesen Blutergelenken gegenübersteht, und auf Grund der günstigen Einwirkung, die bei Aortenaneurysmen durch Einspritzung von Gelatinekochsallösung erzielt ist, erschien ein diesbezüglicher Versuch angebracht. Der Erfolg dieser Behandlung war ein überraschender. Während vorher das am meisten geschwollene linke Kniegelenk schon einen Tag nach der Punction und Ausspülung wieder einen gleich grossen Erguss aufwies, und nach Abnahme des stark durchgebluteten Verbandes flüssiges Blut in Bogen aus der Punctionsöffnung ausspritzte, trat nach Injection von 200 ccm einer 1 $\frac{1}{10}$ igen Gelatinekochsallösung in das Gelenk kein Tropfen Blut mehr aus. Später wurden noch 5 mal je 200 ccm einer 2 $\frac{1}{2}$ ige Lösung theils subcutan, theils ins Gelenk eingespritzt, und seitdem sind bei dem Pat. keine B. mehr aufgetreten, und er erholte sich, durch die früheren B. anämisch geworden, wesentlich.

(Altonaer Aerztl. Verein, 11. X. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 47.)

- Gelatine als Blutstillungsmittel bürgert sich immer mehr ein. Dr. W. Bauermeister benutzte sie mit Erfolg bei *inneren und äusseren Blutungen*. Bei ersteren (Magen, Darm, Lungen) gab er intern eine Lösung von 10,0:150,0 4 Mal tägl. 1 Esslöffel, bei letzteren (B. aus Nase, Uterus etc.) führte er mit Sublimatgelatine getränkte Tampons ein. — Eine *lebensgefährliche Nasenblutung* brachte ferner Dr. G. Freudenthal (Peine) durch Gelatineeinspritzung in die Nase zum Stillstand, nachdem vorher bei der alten

Patientin alle möglichen Mittel vergeblich angewandt worden waren, die B. aber immer wiederkehrten und so heftig wurden, dass Pat. endlich dem Tode nahe war. Nachdem die betreffende Nasenhöhle mit warmer physiologischer Kochsalzlösung durchspritzt worden war (um Blutgerinnsel zu entfernen), wurden sofort 20—30 cem flüssiger warmer Gelatine in die Nase nach allen Richtungen hin eingebracht. Dazu wurden 6 Blättchen weisser Gelatine in einer Ober- tasse kochenden Wassers aufgelöst. Sobald sich die Lösung etwas abgekühlt hatte, wurde sie in eine angewärmte Glasspritze mit weiter Oeffnung aufgesogen und daraus langsam mit mässiger Gewalt nach oben hinaus gedrückt, wobei die Nasenflügel gegen die Spritzenkolben gepresst wurden, um das Abfliessen der Gelatine zu verhindern. Nach Entfernung der Spritze erhärtete sie schnellstens unter dem kühlenden Luftströme der Nase, die Blutung stand augenblicklich und kam nicht mehr wieder.

(Therap. Beilage Nr. 12 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

- Forcirte Erweiterung des Brustkorbes als Mittel zur Stillung von Nasenbluten empfiehlt A. Fedorowitsch. Pat. sitzt vollkommen gerade auf einem Stuhl, legt beide Arme auf den Kopf und führt dabei ruhige, möglichst tiefe Athembewegungen bei offenem Munde aus. Dadurch werden die Venen des Kopfes und der Nase möglichst blutleer gemacht, das Nasenbluten steht. Auf diese Weise erzielte Autor Erfolg in 14 Fällen (darunter 13 Kinder).

(Boletschnaja gaseta Botkina 1899 Nr. 29. —
Revue der Russ. medic. Zeitschrift. 1899 Nr. 10.)

- Einen Fall von subcutaner Nierenruptur beschreibt Dr. Bosse (Ostseebad Cranz), wie folgt:

„Am 24. October 1897, Abend 9 Uhr, wurde ich zu dem hiesigen Seefischer G. F. geholt. Wie mir die Angehörigen mittheilten, hätte er in recht betrunkenem Zustande einen Bekannten zum Ringkampfe auf der Strasse provocirt, dabei wären beide mit einem Zaune umgebrochen, Pat. wäre unten zu liegen gekommen und von dem anderen „bedrückt“ worden, der sich darauf, um der Gesellschaft des Betrunkenen enthoben zu sein, entfernt hätte. Pat. sei dann, da er über Schmerzen im Leibe klagte und nicht imstande gewesen wäre, selbst zu gehen, von Bekannten nach Hause transportirt worden. Hier hätte er ca. 3 Stunden

bewusstlos gelegen und ab und zu gestöhnt, dann wäre er erwacht, hätte über furchtbare Schmerzen im Leibe geklagt und bei dem Versuche zu uriniren ein halbes Geschirr (ca. 500 ccm) dunkelroth gefärbten Urins entleert. Drei Stunden nach dem Unfalle wurde ich zu dem Pat. geholt. Dieser, ein kräftig gebauter Mann von 30 Jahren, sah sehr anämisch aus, war etwas benommen und stöhnte ununterbrochen. Der Puls war beschleunigt, klein und schwach. Die Inspection des Abdomens zeigte nichts Abnormes, bei der Palpation war die Blasengegend und die linke Bauchhälfte bis zum Rippenrande ausserordentlich empfindlich; der Percussionsschall war über dem ganzen Abdomen tympanitisch. Der Urin war dunkelroth, blutig gefärbt, ohne Blutcoagula zu enthalten. Schmerzen bei der Urinentleerung waren nicht vorhanden, ein Nélatonkatheter Nr. 20 passirte ohne Schwierigkeit und Schmerzen die Harnröhre; aus der Blase wurden noch ca. 100 g blutig gefärbten Urins entleert. Eine Verletzung der Harnröhre war demnach auszuschliessen, da sowohl beim Uriniren wie beim Katheterismus keine Schmerzen auftraten und letzterer leicht gelang. Bei einer Zerreißung der Blasen-schleimhaut wäre wohl sehr bald Blut entleert worden und nicht erst nach 3 Stunden, das Blut hätte wohl auch eine hellere Färbung gezeigt. Um eine Ruptur der ganzen Blasenwand konnte es sich wohl auch nicht handeln, da dann ebenfalls entweder sehr bald Blut entleert worden wäre und zwar unter Schmerzen, oder, wenn eine Blutung ins Abdomen erfolgt wäre, Tenesmus bestanden und sich über der Blasengegend eine Dämpfung hätte nachweisen lassen. Die Diagnose stellte ich daher auf Ruptur der Niere, und zwar der linken, da die ganze linke Seite des Abdomens äusserst empfindlich war. *Ordo*: subcutane Injection von Ergotin 0,2, Eisblase auf Abdomen und Gegend der linken Niere, Tinct. Opii simpl. 1,5, Wein. 25. October. Pat. hat in der Nacht nicht geschlafen, die Schmerzen sind unvermindert; einmal ist dunkelrother Urin entleert worden. Nachdem Pat. zweimal Tinct. Opii simpl. 1,0 erhalten, stellt sich am Tage etwas Schlaf ein. *Ordo*: 2stündlich Extr. fluid. Hydrastis Canadens. 10 gtt. Abends hat Pat. sich ein wenig erholt; die Temperatur beträgt 38°. 26. October. Pat. hat gegen Morgen ein wenig geschlafen; er sieht sehr matt und anämisch aus. Die Temperatur beträgt 38°, der Puls ist schwach, 108 Schläge in der Minute. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben, rechts kaum,

links äusserst empfindlich. Der Urin ist blutig gefärbt. Am Tage findet keine Urinentleerung statt. Pat. klagt über sehr heftige Schmerzen in der Blasengegend, per Katheter werden ca. 50 cem blutigen Urins entleert. Die Temperatur beträgt Abends 38,9°. 27. October. Pat. hat gar nicht geschlafen, die Schmerzen sind unerträglich geworden. In der Nacht ist nur wenig Urin entleert worden: derselbe ist von normaler Farbe, ohne jede Beimengung von Blut. Die Schmerzen haben sich hauptsächlich im Kreuz und in der linken Nierengegend localisirt. Die Palpation ist wegen zu grosser Empfindlichkeit resultatlos, dagegen ergiebt vorsichtige Percussion links unterhalb des Rippenrandes in handtellergrosser Ausdehnung deutliche Dämpfung. Das ganze Abdomen ist aufgetrieben, gespannt, auch rechts etwas empfindlich. Temperatur Morgens 38,3°. *Ordo*: Einlauf von 1 Liter lauwarmen Wassers. Im Laufe des Tages treten dreimal dünne Stuhlentleerungen ein, welche dem Pat. ein wenig Linderung verschaffen. Der am Tage entleerte Urin ist ohne Blutbeimengung. Temperatur Abends 40,8°.

Ordo: Phenacetin. 0,5

Morph. muriat. 0,01

zwei Pulver in zweistündigem Intervall. 28. October. Pat. hat mehrere Stunden fest geschlafen; beim Erwachen entleert er eine beträchtliche Menge Urins, welcher wieder blutig gefärbt ist. Die Dämpfung im linken Hypogastrium hat sich etwas verkleinert, doch ist das Abdomen noch so empfindlich, dass die Palpation nichts ergiebt. Die Temperatur beträgt Morgens 38°. Während des Tages treten mehrere flüssige Stuhlentleerungen ein, mehrmals wird blutig gefärbter Urin entleert. Patient fühlt sich viel wohler. Temperatur Abends 38,8°. 29. October. Die Schmerzen im Abdomen sind geringer geworden. Der Urin ist blutig gefärbt, seine Entleerung normal. Temperatur Morgens 37,3°, Abends 38°. 30. October. Pat. hat gut geschlafen, gegen Morgen mässig geschwitzt. Die Temperatur beträgt Morgens 36,8°. Trotz Verbotes jeder eigenen Lageveränderung hat er sich bei der Stuhlentleerung selbst aufgerichtet, während er sich mit den Händen an einem über dem Bette hängenden Stricke hielt. Die Empfindlichkeit des Abdomens hat soweit nachgelassen, dass man unterhalb des linken Rippenbogens eine Resistenz fühlen kann, welche sich jedoch nicht abgrenzen lässt. Temperatur Abends 37,3°. Von nun an bleibt Pat. fieberfrei, die Schmerzen werden

von Tag zu Tage geringer und bestehen nur noch längere Zeit im Kreuze fort. Der Urin bleibt blutig gefärbt, die Stuhlentleerung ist normal. Während seines Krankenlagers ist Pat. colossal abgemagert; allmählig stellt sich etwas Appetit ein. Am 7. November macht Pat. den Versuch, aufzustehen, muss ihn jedoch wegen allzugrosser Schwäche aufgeben. Am 11. November ist Pat. eine halbe Stunde ausserhalb des Bettes, er klagt nur über grosse Schwäche. Allmählig erholte er sich mehr und mehr. Der Urin wird heller, vom 21. November an ohne Beimischung von Blut. Ein geringer Eiweissgehalt ist nachweisbar, doch verschwindet auch dieser im Verlaufe von weiteren zwei Wochen. Am 15. December ist Pat. soweit gekräftigt, dass er seinem schweren Berufe als Seefischer wieder nachgehen kann. Recapituliren wir kurz die Krankengeschichte: ein gesunder, rüstiger Mann erleidet durch eine heftige Quetschung des Unterleibes eine Ruptur der linken Niere. Die Folge ist ein colossaler Blutverlust und hochgradige acute Anämie. Mit dem Urin wird viel Blut entleert, die Anämie wird gefahrdrohend. Am dritten Krankheitstage ist im Urin kein Blut vorhanden, unter hohem Fieber entwickelt sich Dämpfung und Resistenz im linken Hypogastrium. Am vierten Tage wird wieder Blut mit dem Urin entleert, die bedrohlichen Symptome von Seiten des Abdomens verschwinden schnell, das Fieber hört in wenigen Tagen auf. Allmählig wird die Blutmenge im Urin immer geringer. Vier Wochen nach dem Unfall wird kein Blut mehr entleert. In den beiden nächsten Wochen zeigt sich noch Eiweiss im Urin, um dann ebenfalls zu verschwinden. Dass die Verletzung der Niere eine bedeutende sein musste, war unschwer aus der colossalen Anämie sowie der folgenden Abmagerung und Entkräftung des Pat. zu ersehen. Das plötzliche Aufhören der Blutentleerung am dritten Krankheitstage hatte wohl seinen Grund in der Bildung eines Blutcoagulums, welches den Ureter verstopfte, eine Haematonephrose bedingte und circumscribed Peritonitis im Gefolge hatte. Wahrscheinlich hat gerade diese Haematonephrose die weitere Blutung aus der gequetschten Niere eingeschränkt und so den letalen Ausgang, der bei dem zunehmenden Blutverlust drohte, abgewendet.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 23.)

Fissura linguae. Folgende Formel soll dabei gute Dienste leisten:

Rp. Acid. carbolic. 1,0

Tinct. Jodi 3,0

Glycerin. 10,0

S. Aeusserlich.

(Rif. medica, 10. IV. 99 —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 45.)

Fremdkörper. Ueber F. in der Bauchhöhle spricht Buschbeck. Das unangenehme Ereigniss, dass *bei Laparotomien Gazetücher und Tupfer in der Bauchhöhle versehentlich zurückgelassen* werden, ist sicher ein viel häufigeres, als man aus der Zahl der veröffentlichten Fälle schliessen darf. Immerhin aber giebt es auch deren schon einige 60. Auch B. kann einen Beitrag dazu liefern. Eine 34jähr. Frau wurde im Sept. 1896 in der kgl. Frauenklinik wegen „Graviditas tubaria, Ruptura tubae“ laparotomirt. Die Operation verlief schnell und glatt, die geplatzte linke grvide Tube nebst Ovarium wurden in typischer Weise entfernt. Einige Schwierigkeit machte nur dem assistirenden Collegen das Zurückhalten der vorquellenden Darmschlingen, was, wie üblich, mit grossen sterilen Gazetupfern geschah. Glatter Heilungsverlauf, Entlassung nach 4 Wochen. Nach 2jähr. vollkommenem Wohlbefinden kam Pat. wieder wegen kolikartiger Schmerzen in der rechten Seite. Rechts neben dem Uterus faustgrosse, unregelmässige, höckrige Geschwulst, die bei einer mehrere Monate späteren Untersuchung grösser geworden und näher den Bauchdecken zu fühlen war. Pat. entzog sich weiterer Beobachtung, bis im Januar 1899 unter Fieber und starken Schmerzen ein Aufbruch im unteren Theil der Bauchschnittnarbe erfolgte. Nach Erweiterung der Fistel, aus der sich reichlich flüssiger Koth entleerte, kam ein Gazetuch zum Vorschein, das *in den Darm eingewandert* war und jetzt zur *Perforation nach aussen* geführt hatte. Durch nochmalige Laparotomie mit Resection von etwa 20 cm Darm Verschluss des Anus praeternaturalis. Pat. vollkommen genesen. Wie hier, scheint auch in der Mehrzahl der Fälle, wo die Gaze wirklich steril war und sich allmählich einen Weg in den Darm bahnte, der Ausgang schliesslich ein verhältnissmässig günstiger gewesen zu sein. — In der *Discussion* berichtet, nachdem Leopold einige Fälle mitgetheilt, Meinert von 3 Fällen: 1. Drei Wochen nach einer fieberlos verlaufenen Laparotomie entstand eine schmerzhaft Resistentz in der rechten Bauchseite. Incision, Entfernung einer dicht unter dem Peritoneum

liegenden Mullcompresse. Tamponade der Wunde, Genesung. 2. 20jähr. Virgo mit doppelseitiger Tubentuberculose. Januar 1895 Eröffnung eines Beckenabcesses von der Vagina aus, und April desselben Jahres ventrale Exstirpation der Adnexe. Fieberhafter Verlauf. Am 9. Tage Durchbruch von Eiter durch die Bauchnarbe. Auch hierauf andauerndes Fieber. Durchlaufender Drain von der Bauchwunde bis in die Vagina mit täglicher Durchspülung. Ende Mai lässt sich links vom Nabel eine etwa hühnereigrosse Geschwulst abtasten, die binnen wenigen Tagen nach der linken Inguinalgegend wandert, um alsdann in der Tiefe des Beckens zu verschwinden. Verdacht auf F. Tupeloerweiterung der vaginalen Drainageöffnung, aus der am 30. V. ein, wahrscheinlich von der 1. Operation zurückgebliebener, langer Jodoformgazestreifen entwickelt wird. Hiernach Kothfistel, die sich unter mehrfachen Recidiven erst im Jahre 1895 endgültig schliesst. 3. Eine anderwärts vor Jahresfrist einer Adnexoperation unterzogene Pat. gab an, dass ihr zeitweilig Gazestücke aus der Vagina abgingen. Befund zunächst negativ. Nach 8 Tagen jedoch präsentirte sich ein rechts hinter der Portio aus der Vaginalwand hervorragendes verdächtiges kleines Gebilde. Durch vorsichtigen Zug an demselben gelang die Entwicklung eines unregelmässig geformten Stückes Gaze von der Grösse eines Damentaschentuchs.

(Gynäkolog. Gesellschaft zu Dresden, 20. IV. 1899. — Centralblatt f. Gynäkologie 1899 Nr. 45.)

— 3 Fälle von occulten Fremdkörpern, vor der Zeit der Röntgenstrahlen beobachtet, schildert Dr. J. Wentscher (Thorn):

1. Vor etwa 10 Jahren wurde Autor zu einem Arbeiter wegen acuter Bronchitis gerufen. Dabei machte Pat. auch auf ein kleines entzündliches Infiltrat auf der Brusthaut aufmerksam, das schon seit längerer Zeit bestehe, ohne erhebliche Beschwerden zu verursachen. Die prominente, bläulichrothe, etwas druckempfindliche Stelle etwa in der Mitte des Sternums sah aus, wie ein in Entwicklung begriffener kleiner Furunkel, und Autor nahm in den nächsten Tagen eine Incision vor. Dabei stiess er mit dem Scalpell in der Tiefe auf eine rauhe Fläche, welche, wie die Sondirung ergab, länglich-schmale Gestalt hatte. Pat. gab noch an, dass das kleine „Geschwür“ öfter von selbst aufgebrochen sei und sich ebenso spontan wieder geschlossen habe. In der Annahme, dass es sich um ein sequestrirtes Knochenstück handle, fasste es Autor mit der Kornzange, stiess aber auf Schwierigkeiten; unter seitlichen Hebelbe-

wegungen musste er immer stärker ziehen und extrahierte schliesslich mit einem Ruck das — *in der hinteren Hälfte abgebrochene Stück einer kräftigen, vorn breit zugespitzten Taschenmesserklinge* (mindestens 4 cm lang und 1,5 cm breit), das *senkrecht im Sternum gesteckt* hatte, und dessen *grösserer, spitziger Vordertheil frei ins Mediastinum* hineinragte. Der überraschte Pat. konnte zunächst sich die Sache nicht erklären, erinnerte sich aber später eines Vorganges, der über 1 Jahr zurücklag. Er war damals an einem dunklen Abend auf der Strasse angefallen worden und erhielt dabei, wie er meinte, einen starken Faustschlag gegen die Brust. Beim Entkleiden fand er an der getroffenen Stelle eine kleine Wunde, die nur sehr wenig geblutet hatte und keine nennenswerthen Beschwerden verursachte, auch unter einem Pflaster sehr bald heilte. Als sich erst viel später jene unbedeutende Hautaffection bildete, dachte er gar nicht mehr an jenes Ereigniss und ahnte nicht, dass jener Schlag ein Messerstich war und eine Messerklinge monatelang symptomlos dort verweile. Nach Extraction des Fremdkörpers schloss sich die Wunde rasch.

2. Ein 34jähr. Arbeiter consultirte Anfang Juli 1891 den Augenarzt wegen vollkommener paralytischer Ptoſis linkerseits. Er hatte 14 Tage vorher bei einer Rauferei einen kräftigen Schlag mit einem Ziegelstein, wie er meinte, erhalten, welcher eine kleine, nur wenig blutende Wunde zurückliess. Gleich danach stellten sich Nasenbluten und die Lähmung ein. Die Hautverletzung heilte in einigen Tagen unter einem einfachen Pflasterverband. Erst als die Lähmung sich nicht besserte, suchte er den Arzt auf, der ausser der Ptoſis mässige Protusion des Bulbus, Lähmung des M. rectus super. und M. rectus extern. und Anästhesie der linken Stirnhälfte im Bereich des N. frontalis fand; Schmerzen fehlen sowohl bei Druck auf den Augapfel, wie bei Bewegungen desselben. Im Laufe der weiteren Beobachtung fiel ein ziemlich beträchtlicher Trismus auf, welcher das Sprechen und Essen erheblich behinderte, kaum die Einführung eines Fingers zwischen die Zahnreihen gestattete und zweifellos durch spastische Contractur des linken M. temporalis bedingt war. Bei der Palpation ergab sich, dass Druck auf die erwähnte Narbe schmerzhaft war und den Spasmus steigerte. Man dachte an F. und schickte den Pat. am 27. VII. ins Krankenhaus. In Erinnerung an Fall 1 hegte nun Autor den Verdacht, es könne auch hier ein Messerstich vorgelegen haben und eine *Messerklinge in der*

Orbita liegen. Der am 29. VII. in Narcose vorgenommene Eingriff bestätigte dies auch. In der Tiefe des auf die Narbe geführten Schnittes stiess man unterhalb der Fasern des Temporalis auf die Bruchfläche einer schmalen Messerklinge, deren Schneide abwärts gerichtet war, und die ausserordentlich fest im Knochen steckte. Um sie fassen zu können, mussten die Knochenränder etwas abgemeisselt werden. Auch dann gelang die Extraction nur schwer und unter beträchtlichem Kraftaufwand. Die Länge des Fragments betrug 4 cm, die Breite 1,4 cm. Die Klinge war schwarz, mit Rostflecken bedeckt. Nach der Entfernung besserten sich die Ausfallserscheinungen, und bei der Entlassung (15. VIII.) war sowohl die Beweglichkeit des Bulbus und des oberen Augenlides, wie die Sensibilität an der linken Stirnhälfte wieder ganz normal. Zur besseren Orientirung über die Lage des Messers trieb Autor dasselbe genau in der Richtung, wie er es vorfand, in einen alten Schädel ein. Die Klinge ist hinter dem scharfrandigen Proc. zygomatic. des Stirnbeins, im Niveau des letzteren, und zwar unmittelbar oberhalb seiner Verbindung mit dem Os zygomatic. und dem grossen Keilbeinflügel abgebrochen und durchquert mit abwärts gerichteter Schneide, schräg von oben hinten nach unten vorn geneigt, den oberen Theil der linken Augenhöhle. Die Spitze hat die gegenüberliegende, von der Lamina papyracea des Siebbeins gebildete Wand der Orbita perforirt und dadurch zu der Blutung Veranlassung gegeben, welche unmittelbar nach der Verletzung aus der Nase erfolgte. Der leicht gekrümmte Messerrücken liegt fast in ganzer Länge dem Dache der Orbita fest an. Er bewirkte durch Compression des N. frontalis die Sensibilitätsstörung an der linken Stirnhälfte. Wie durch ein Wunder sind der Bulbus selbst und der N. opticus unverletzt geblieben. Wodurch die motorischen Lähmungen bedingt waren, ob durch Läsion der Muskeln selbst oder der sie versorgenden Nerven, lässt sich nicht sicher entscheiden, doch scheint die schnelle Wiederherstellung der Function mehr für Muskelverletzung zu sprechen, während die durch die Fissura orbital. super. passirenden Nerven, ebenso wie der benachbarte Opticus verschont geblieben waren.

3. 13 Monate alter Knabe, vorher angeblich ganz gesund, wurde am 25. V. d. J. Nachmittags heiser. Unter allgemeiner Unruhe und fieberhaften Erscheinungen stellten sich bald Dyspnoe und „Röcheln auf der Brust“ ein. In der Nacht kam es zu heftigen Suffocationsanfällen, die sich

immer mehr steigerten. Am 26. V. früh 8 Uhr injizierte ein Arzt 1000 I.-E. Diphtherieserum. Da sich der Zustand zunächst noch verschlimmerte, Aufnahme ins Krankenhaus (11 Uhr Vormittags). Hochgradigste Larynxstenose, erhebliche Cyanose, Herzschwäche und starker Kräfteverfall. Rachenorgane normal, keine Spur von Belag. Kein Hautexanthem. Diagnose: *Primärer Laryncroup*. Sofort *Tracheotomie* in leichter Chloroformnarkose, ohne Zwischenfall. Nach Einführung der Canüle, die unter einigen Schwierigkeiten erst dann möglich war, als Autor sie dicht an der hinteren Trachealwand entlang gleiten liess, freie Athmung, ruhiger Schlaf. Die Temperatur, welche gleich nach der Operation 37° betrug, stieg abends auf 38° (in axilla), erreichte am nächsten Tage nur noch $37,8^{\circ}$ und wurde vom 3. Tage ab normal. Wie gewöhnlich bei Serumbehandlung, wurden keine festen Membranfetzen, sondern zähschleimige, in der ersten Zeit blutig tingierte Massen in ziemlich reichlicher Menge expectorirt. Allgemeinbefinden vortrefflich. Die Entfernung der Canüle nach 4 Tagen misslang wider Erwarten wegen sofort einsetzender schwerer Suffocationerscheinungen. Am nächsten Tage derselbe Misserfolg. Nach 48stündiger Pause wird am 2. VI. (8 Tage post tracheot.) das Decanülement zum 3. Male versucht. Bei den kräftigen Hustenstössen, die sich unmittelbar danach einstellen, *fliegt ein grösserer Gegenstand aus der Trachealöffnung, — das scharfkantige Bruchstück eines Pflaumensteins* (1,2:0,9 cm). Nunmehr hörte der Hustenreiz auf, die Athmung wurde ruhig, die Genesung vollzog sich ohne Störung, und am 7. VI. wurde Pat. gesund entlassen. Die Anamnese ergab später, dass das Kind mehrere Tage vor seiner Erkrankung ein aus getrockneten Pflaumen bereitetes Stüppchen gegessen hatte. War nun eine Diphtherie die Ursache der Erkrankung gewesen oder der für die Raumverhältnisse der infantilen Luftwege recht umfangreiche Fremdkörper? Unter Berücksichtigung der Thatsache, dass F. im Kehlkopf und in der Luftröhre oft überraschend gut und lange vertragen werden, wäre es nicht auffallend, dass auch hier die ersten Tage beschwerdefrei verliefen. Durch irgend eine Lageveränderung des Fremdkörpers, oder eher noch durch zunehmende Granulationswucherung kam es dann zu den bedrohlichen Symptomen und zur Tracheotomie, deren prompter Erfolg verständlich wird, wenn man annimmt, dass der F. flach in der Schleimhaut der vorderen Trachealwand eingebettet sass und durch

die Canüle noch fester dagegen gedrückt wurde. In diesem Sitze des Steines lag wahrscheinlich auch der Grund für die Schwierigkeit beim Einführen der Canüle, wofür die Erfolglosigkeit der Decanülirungsversuche, die erst dann gelingen konnten, als das Object, welches nach Entfernung der Canüle jedesmal wieder in seine Rechte als obturirender F. trat, ausgehustet wurde. Nun aber kommt das Merkwürdige! Eine Probe, welche gleich nach Expectoration des Steines der Trachea entnommen wurde, gelangte im Königsberger hygien. Institut zur Untersuchung, und es wurden *echte Diphtheriebacillen* gefunden. Angesichts dieser Thatsache waren folgende Möglichkeiten denkbar:

a) Es handelte sich doch um diphtheritischen Larynx-croup, und der zufällig vorhandene F. war entweder ganz unbetheiligt an den Krankheitserscheinungen, oder es blieb unentschieden, welchem der beiden Factoren der grössere Antheil zuzuschreiben war. Primärer Larynx-croup ist ja äusserst selten, aber er kommt doch vor, sodass man mit seiner Existenz zu rechnen hat.

b) Die Stenose war Folge des Fremdkörpers; und man hatte es mit der zufälligen Anwesenheit von Löffler-Bacillen zu thun, wie ja auch solche bereits im Rachen Gesunder gefunden worden sind.

c) Die Bacillen waren erst nach der Tracheotomie in die Luftröhre gelangt, was sehr wohl möglich war, da das Kind, wenn auch allein, auf der Diphtherie-Abtheilung lag, aus welcher der letzte Fall erst 2 Tage vorher entlassen war. Diese Annahme war freilich nur unter der Voraussetzung denkbar, dass die eingedrungenen Bacillen eine Infection des Kindes nicht zur Folge gehabt hatten.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

— Einen F. aus der Speiseröhre eines 14tägigen Kindes entfernte Dr. Eichenberg (Witzenhausen). Demselben wurde das Kind spät Abends zugeführt, dem einige Stunden vorher dessen ältere Schwester eine *grosse spanische Kirsche* in den Mund gesteckt hatte, und das seitdem nicht mehr schlucken und schreien konnte. Beim Anlegen des Kindes an die Brust stürzte die Milch in der That unter Würgen und Brechen alsbald wieder heraus. Mit einem elastischen Katheter war der F. in der Höhe des Kehlkopfes zu fühlen, und es gelang unschwer, ihn *in den Magen hinabzustossen*. Alsbald schrie das Kind laut, die genossene

Milch blieb. Am nächsten Morgen ging der F. unversehrt mit dem Stuhl ab.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 91.)

Gonorrhöe. Largin, das jüngste Antigonorrhoicum, jene Eiweissilberverbindung, deren Eiweisscomponente ein neues Spaltungsproduct der Parannucleoproteide darstellt, und im Durchschnitt 11% Silber enthält, empfiehlt, nachdem es schon von anderer Seite mehrfach empfohlen worden ist, jetzt warm Dr. A. Porges (Wien, Allgem. Krankenhaus, Prof. Finger) auf Grund experimenteller und praktischer Versuche. Nachdem erstere gelehrt, dass Largin einen fast alle anderen gebräuchlichen Silberverbindungen überagenden deletären Einfluss auf die Gonokokken ausübt, wurde das Präparat Kranken 3 Mal tägl. mit einer 10—15 g enthaltenden Spritze injicirt, nachdem behufs Reinigung der Harnröhre erst urinirt und dann 2—3 Spritzen laues Wasser injicirt und wieder abgelassen worden waren. Jetzt erst Injection der leicht erwärmten Larginlösung, die früh und Mittag 10, Abends 15 Minuten zurückbehalten werden musste. Da manche Pat. dies nicht aushalten, wurde gestattet, statt einer 10 Minuten währenden Injection 3 à 3 Minuten hintereinander vorzunehmen, was bei Urethritis anterior genügt, während bei Urethritis posterior doch ein mindestens 10 Minuten langes Zurückhalten nöthig ist. Begonnen wurde mit $\frac{1}{4}\%$ iger Lösung, und es wurde von 4 zu 4 Tagen um $\frac{1}{4}\%$ gestiegen (bis höchstens 2%); je mehr die Anzahl der Gonokokken abnahm, je klarer der Urin wurde, desto stärkere Lösungen. *Vollkommen ausgeheilt wurde die G. durch Largin nicht.* Wenn die Gonokokken verschwanden (nach ca. 14 Tagen), der klar gewordene Urin nur Fäden führte, brachte es keine weiteren Fortschritte mehr zustande, man musste dies katarrhalische Stadium durch Adstringentia bekämpfen, d. h. durch die Ultzmann'sche Lösung*) oder Arg. nitr. (0,05:200,0), worauf die Behandlung mit ausschliesslichen Injectionen von Argentamin (0,05—0,1:200,0) geschlossen wurde. Ein ganz reizloses Mittel, wie Protargol, ist Largin nicht, da es bisweilen Brennen macht, die Secretion steigert u. s. w. Deshalb wurde die Behandlung erst 3—4 Tage mit Protargol ($\frac{1}{4}\%$)

*) Rp. Zinc sulfur.
Alum. crud.
Acid. carbolic. aa 0,25
Aq. dest. 200,0

eingeleitet und dann erst, wo die Mucosa urethrae vorbereitet war, mit Largin begonnen, das dann ohne Reaction vertragen wurde und rasch wirkte.

(Wiener medic. Pressa 1899 Nr. 44.)

- Die Herstellung der 20⁰/₀igen Protargolglycerinlösung zum Zwecke der Tripperprophylaxe hat jüngst Kopp (München) besprochen. Seitens der Farbenfabriken vorm. Bayer & Co. (Elberfeld) ist er jetzt auf eine Herstellungsweise aufmerksam gemacht worden, welche die Lösung des Protargols wesentlich leichter gestaltet und ausserdem den Vorzug bietet, dass infolge des geringeren Glycerin gehaltes auch bei empfindlicher Schleimhaut Reizerscheinungen vermieden werden. Wenngleich solche Kopp auch nach dem früheren Modus nie beobachtet hat, hält er es doch für wünschenswerth, auf diesen verbesserten Modus hinzuweisen, bei dem die Lösung spielend leicht erfolgt:

Rp. Protargol. 20,0
Tere c. Glycerin. 20,0
adde
Aq. dest. tepid. 60,0

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 50.)

- G. der Frauen mit Bierhefe behandelt hat Dr. Mensinga seit einiger Zeit und er war in frischen Fällen sehr zufrieden mit dieser Therapie, die bedeutend rascher wirkte, als jede andere. Er bringt 1—1½ Esslöffel Bierhefe in die Vagina, bepinselt rund herum die ganze Vaginalschleimhaut damit und führt danach noch einen mit derselben Hefe versehenen Wattetampon in die Vagina hinein, den er 48 Stunden liegen lässt (nur während der Menses, wo die Behandlung nicht unterbrochen wird, 24 Stunden). Die Application findet 2 mal wöchentlich statt ohne weitere Bemühung, wie Irrigation etc. (nur Waschungen der Vulva mit Seife und Wasser empfehlenswerth!). Nach Application ist eine T-Binde aus der Länge nach ca. 10 cm breit zusammengelegtem weichem Handtuche mit 1½ m Leinenbände unerlässlich, schon um die Beschmutzung der Sachen mit Hefe zu verhüten. Die massenhafte Einfuhr des Hefepilzes scheint über den in der Minderzahl befindlichen Gonococcus eine überwältigende Macht zu besitzen, und so erklärt sich der rasche Erfolg der Therapie. Instrumentell benützt Autor dazu ein aus starkem Draht gefertigtes,

also gefensterter Speculum, genau der Sims'schen Form entsprechend, sodass er so die ganze Schleimhaut medamentös beeinflussen kann. Im Uebrigen bedient sich Autor für die *kleine Gynäkologie* eines von ihm erfundenen *Hängespeculums*, das *jede Assistenz überflüssig macht*. Ueber dem Operationstische hängt von der Decke herab ein kräftiger gedoppelter Gummischlauch, in dessen Schlauf Autor, nachdem er das eine Blatt des Sims'schen Speculums in die Vagina der in Knieellenbogenlage befindlichen Pat. eingeführt, das andere Blatt einhängt. Die Vagina öffnet sich weit und man überschaut alles genau.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1890 Nr. 48.)

- Eine Phlegmone gonorrhoeica beobachtete Almkvist (Stockholm) bei einem 19jährigen, mit G. behafteten Pat. — Der rechte Fuss wurde ödematös, stark geröthet und empfindlich, und es bildete sich schliesslich *über dem äusseren Malleolus* Fluktuation. Auf Incision kam *mit Blut untermischter Eiter* heraus, und die Untersuchung des letzteren ergab typische Gonokokken ohne Beimengung anderer Bakterien. Der im Uebrigen einer gewöhnlichen Unterhautphlegmone gleichende Process stellte also eine reine *Metastase der G. im subcutanen Bindegewebe* dar. Nur die blutige Beimengung des Eiters ist vielleicht für den Inhalt solcher gonorrhoeischer Abscesse charakteristisch, da Autor bei den 4 Fällen, die er in der Litteratur vorfand, 3 mal ebenfalls starke Blutbeimischung erwähnt fand.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1899 Heft 23.)

- Ueber Endocarditis gonorrhoeica lässt sich Dr. M. Löb aus. Ein kräftiger, 41 jähr. Mann erkrankte im Anschluss an eine G. zunächst an Schnenscheidenentzündung; einige Tage später, als dieselbe gerade abgeheilt war, rechterseits pleuritische Schmerzen, gleichzeitig Anschwellung des rechten Fussgelenks; wenige Tage darauf Endocarditis, der Pat. nach etwa 14 Tagen erlag. Die Section bestätigte die intra vitam auf Endocarditis und Obliteration des Herzbeutels gestellte Diagnose. Der Process betraf die Aortenklappen, die stellenweise perforirt waren. Die Untersuchung der Klappenauflagerungen ergab Diplokokken, die sich morphologisch ganz wie Gonokokken verhielten. Eine Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen wurde angenommen, da trotz der schweren Klappenerkrankung und der beiderseitigen Lungenhypostase jede Verbreiterung der

Herzdämpfung fehlte und sonstige Veränderungen, welche für das Ausbleiben der Herzverbreiterung hätten verantwortlich gemacht werden können, vermisst wurden. — Unsere gegenwärtigen Kenntnisse über das Leiden stellt Löb in folgenden Sätzen zusammensammen:

1. Bei G. tritt in seltenen Fällen eine Endocarditis auf, entweder in directem Anschluss an den virulenten Katarrh oder häufiger als Theilerscheinung des Tripper-rheumatismus.

2. Abgesehen von vereinzelten Beobachtungen, bei denen Streptokokken in den Klappenauflagerungen gefunden wurden, also eine pyämische Endocarditis (E. postgonorrhoeica) vorlag, erwies sich das Leiden als richtige Trippermetastase, verursacht durch Gonokokken.

3. Die Endocarditis gonorrhoeica tritt in 2 Formen auf: E. verrucosa und E. ulcerosa. Bei der ersteren, milderer, mit der Hinterlassung eines Klappenfehlers oder vollständig ausheilenden Form, ist meist die Mitralis befallen, während die ulceröse E. fast immer die Aorten- und relativ häufig die Pulmonalklappen befällt.

4. Die Endocarditis gonorrhoeica und postgonorrhoeica befällt meist schon vorher veränderte Klappen.

5. Wie bei der Endocarditis ulcerosa überhaupt, scheint auch bei der gonorrhoeischen Form das weibliche Geschlecht häufiger befallen zu werden.

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin Bd. 65, Heft 3/4. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 101.)

Hyperidrosis. Zur Behandlung des Schweissfusses schreibt Dr. P. Cohn (Berlin): „Seit 3 Jahren habe ich in der Praxis gegen H. pedis ein durch Billigkeit, Sauberkeit und leichte Anwendbarkeit sich auszeichnendes Mittel mit sehr gutem Erfolge benützen lassen, die *pulverisirte Borsäure* (reine, in Pulverform). Das Mittel wird nach vorheriger gründlicher Reinigung des Fusses, in dünner Lage zwischen die Zehen (und wo sonst nöthig) eingerieben. Die Wirkung auf Geruch und Hypersecretion ist eine prompte; ihre Dauer meist wochenlang nach 1 maliger Benützung (im Uebrigen natürlich individuell nicht ganz gleich); da das Mittel unschädlich ist, ist seine Anwendung besonders bei der Truppe zu empfehlen. Borsäure in Lösung (25% gesättigte) wirkt gleichfalls, doch nicht so dauernd.“

(Therap. Beilage Nr. 11 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

— **Formalin-Alkohol gegen die Nachtschweisse der Phthisiker** empfiehlt Dr. H. Hirschfeld. Er verordnet:

Rp. Formalin (40%)

Alkohol. absol. aa 25,0.

Davon pinselt er mit einem weichen Borstenpinsel am 1. Tage Rücken und Arme, am 2. die Beine, am 3. Brust und Bauch des Pat., jedesmal 5—10 ccm verbrauchend (gegen die Dämpfe schützt man die Pat., indem man sie mit Terpentin getränkte Watte in einer Düte vor Mund und Nase halten lässt). 48 Stunden nach der Application verschwindet gewöhnlich die H., pflegt aber nach 1—2 Wochen zu recidiviren, sodass Wiederholung der Cur geboten ist. Gegen H. des Kopfes helfen Waschungen mit Essigwasser.

(Fortschritte der Medicin 1899 Nr. 38.)

Intoxicationen. Einen Beitrag zur Casuistik der Petroleumvergiftung liefert Dr. H. Citron (Berlin): Ein 1½jähr. rhachitischer, sonst gesunder Knabe trinkt am 8. VI. 99 frühmorgens Petroleum aus einer Küchenlampe (Menge nicht genau feststellbar, da das Kind die Lampe umwarf und der Inhalt sich auf den Fussboden ergoss). ½ Stunde später wird Pat. zum Autor gebracht, er ist apathisch, das Gesicht leichenblass, die Haut kühl, Puls sehr frequent. Mittelt Schlundsonde Entfernung von 2—3 Theelöffel Petroleum, dann mehrmalige Auswaschung des Magens. Ord. Infus fol. Digital. 0,2:100,0, ausserdem heisse Einpackungen. Am folgenden Morgen Pat. noch etwas apathisch, reagirt aber auf Anrufen, Gesichtsfarbe noch fahl, Puls 110, ziemlich kräftig, kein Erbrechen, Urin etwas dunkel, aber ohne Geruch und frei von abnormen Bestandtheilen. Fortsetzung der heissen Einpackungen, Senfbad. Am 10. VI. Kind noch munterer, nur Gesicht noch blass, Zunge sehr belegt; Mixtur. acid. mur., Wein. Die Genesung macht dann rasche Fortschritte, sodass das Kind am 10. Tage vollständig hergestellt ist. — Erwachsene pflegen selbst auf grosse Dosen Petroleum nur mit gastrischen Erscheinungen zu reagiren, *jüngere Kinder* aber bekommen *schwere, selbst tödtliche Zustände*. Auch obiger Pat. gab zunächst keine gute Prognose, machte vielmehr einen schwerkranken Eindruck. Autor entfernte zunächst das Gift aus dem Magen, um dann rasch das bereits resorbirte zu eliminiren. Da *Petroleum viele flüchtige Stoffe enthält*, sorgte er ausser für Anregung der Herz- und Nierenfunction (Digitalis) noch für *ausgiebige Hautperspi-*

ration, und diesen therapeutischen Massnahmen ist sicher der günstige Ausgang mit zu danken.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 74.)

- Eine lebensbedrohende Intoxication nach Injection von 1 cg Morphinum beschreibt Dr. H. Mandl (Wien), der von einem Collegen zu einem Falle von tiefem Coma gerufen wurde, bei welchem dieser schon durch 1 Stunde Wiederbelebungsversuche erfolglos gemacht hatte. Es handelte sich um einen 45 jähr. Advokaten, der seit 6 Jahren an *Tabes dorsalis* litt, die knapp bis zum paralytischen Stadium vorgeschritten war. Die Ataxie war eine hochgradige, hatte bereits auch die oberen Extremitäten befallen, doch konnte Pat., von einem Diener gestützt, noch ausgehen und, geistig vollkommen frisch, seinem Berufe nachkommen. Seit 4 Jahren war die *Tabes* durch *Aorteninsufficienz* complicirt. In der letzten Zeit hatten sich Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, tiefe seelische Depressionen eingestellt und heftige Schmerzen im linken Fusse, welche schon vom Beginn der Krankheit vorhanden waren, hatten sich zuletzt derart gesteigert, dass der behandelnde Arzt zum Morphinum griff und von einer Lösung 0,1:10,0 eine Pravaz'sche Spritze subcutan am linken Vorderarm injicirt hatte. Ca. 10 Minuten darauf bekam Pat. plötzlich während des Gespräches mit dem Arzte Convulsionen an den oberen Extremitäten und Kaumuskeln, die 1 Minute dauerten, worauf schwerer Sopor folgte. Respiration sehr unregelmässig, stertorös, von Zeit zu Zeit ganz aussetzend, von Cheyne-Stokes'schem Typus; starke Cyanose und fahle Blässe des Gesichtes wechseln in kurzen Intervallen. Puls in den von Cyanose freien Perioden sehr beschleunigt und voll, stark gespannt, um synchronisch mit der hochgradigen Cyanose ganz klein und fadenförmig, kaum für den Finger fühlbar zu werden. Pupillen mittelweit, Temperatur stark herabgesetzt. Ab und zu Trismus, während die tonischen und klonischen Zuckungen an den oberen Extremitäten im weiteren Verlaufe des comatösen Zustandes sistirten. Die Anfälle von Cyanose wurden immer intensiver, und hatte der comatöse Zustand frappante Aehnlichkeit mit der Chloroformnarkose-Asphyxie. 2 subcutane vom Arzte gegebene Aetherinjectionen waren erfolglos, zogen hingegen, ebenso wie die Morphinum-injection, eine unter den Augen der Aerzte entstehende (in der Folgezeit sich demarkirende) Gangrän der Haut und des Unterhaut-

zellgewebes nach sich. Atropin war nicht zur Stelle. Man musste sich also auf Abreibungen des Körpers mit Essigwasser, Einwickelungen in heisse Tücher, Beschlagen der Fusssohlen und Brust mit nassen Tüchern beschränken. Die tabetischen Sensibilitätsstörungen retardirten die sonst prompte Wirkung dieser Hautreize. Künstliche Athmung (Sylvester) und eine mittelst Magenschlauchs eingeführte grössere Menge schwarzen Kaffees erfolglos. Daher intensivere Hautreize: Uebergiessung mit sehr kaltem Wasser im warmen Bade, dann Einhüllung in heisse Tücher. Erst nach 4 Stunden kam Pat. zum Bewusstsein. Tags darauf hatte sich ein *psychotischer* Zustand entwickelt: Pat. vollkommen desorientirt, hatte von dem Orte, wo er sich befand, von seiner Umgebung, Krankheit, seinem gestrigen Zustande keine rechte Vorstellung, gleichzeitig traten auch erotische Vorstellungen auf, was um so auffälliger war, als das Geschlechtsleben des Pat. bereits seit Jahren vollkommen darniederlag. Im Verlaufe des auf die Intoxication folgenden Tages verfiel Pat. in eine „Mania persecutoria“, indem er seine Frau, Dienstleute, Aerzte verdächtigte, ihm nach dem Leben zu trachten. — Das Zustandekommen dieser schweren Intoxication ist wohl hauptsächlich auf Rechnung der Aorteninsufficienz des Pat. zu stellen, da bekannt ist, dass gerade solche Kranke sich gegenüber den narkotischen Mitteln oft abnorm verhalten, weshalb auch Lewin rath, bei Herzschwäche bezüglich der Morphinanwendung die grösste Vorsicht walten zu lassen, ja Leyden zu dieser Vorsicht bei Herzkranken schon inbezug auf kleine medicinale Dosen mahnt. Es wäre möglich gewesen, die Intoxication hier darauf zurückzuführen, dass das Morphin direct in eine Vene eingespritzt worden sei, wenn nicht das Auftreten der Gangrän an der Einstichstelle, das zweifelsohne auf ein intracutanes Einstechen der Canüle zurückzuführen ist, dagegen gesprochen hätte. Was den psychotischen Zustand anbelangt, so liegt schon eine Mittheilung von Schreiber*) vor, der bei einer Pat., welche wegen Cruralneuralgie im Verlauf von 1/2 Stunde 0,05 Morphin erhielt, eine 48 stündige Bewusstlosigkeit beobachtete; als Pat. am 3. Tage zu sich kam, konnte sie nicht sprechen, nicht schreiben, nicht lesen. Am 3. Tage post inject. hatte sich Decubitus an Steissbein, Ferse, linker grosser Zehe entwickelt, welcher zu seiner Heilung 4 Wochen bean-

*) Pester med.-chirurg. Presse 1888 Nr. 6).

spruchte. Ausserdem machte sich eine Psychose ganz in Form einer Paranoia hallucinatoria bemerkbar, welcher Zustand sich erst nach 6 Wochen besserte.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 41).

- Grosse Heroingaben ohne Intoxicationerscheinungen sah Dr. W. Klink (Frankfurt a. M., Hospital z. heil. Geist) in 2 Fällen nehmen. Beide Pat., eine 58jähr. sehr hinfällige, an chron. Bronchitis, Bronchiektasien, Emphysem leidende Frau und ein 19jähr. phthisisches Mädchen nahmen *5 Tage hindurch aus Versehen 3 Mal tägl. 0,05* des Mittels, ohne darauf irgendwie zu reagiren. Autor will daraus nicht den Schluss ziehen, dass Heroin ein indifferentes Körper ist, sondern dass es *sehr individuelle Unterschiede in der Toleranz* giebt, so dass einmal nach geringen Gaben sich bereits Vergiftung zeigt, in anderen Fällen trotz grosser Dosen keine.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

- Vergiftungserscheinungen beim Säugling nach Darreichung von Thyreoidintabletten an die Mutter sah Bramwell (Edinburgh). Derselbe beobachtete einmal, dass die Milchsecretion bedeutend stärker wurde, als der an Myxoedem leidenden Mutter solche Tabletten gegeben wurden. Trotzdem ist *dringend bei stillenden Frauen vor dieser Behandlung zu warnen* auf Grund obigen Falles, wo sich nach 8 tägiger Behandlung beim Säugling profuse Schweisse, Erbrechen, Unruhe und Schlaflosigkeit einstellten, welche Symptome sofort verschwanden, als das Mittel ausgesetzt wurde und wiederkamen, als die Mutter versuchsweise wieder die Tabletten erhielt.

(Lancet, März 1899. — Centralblatt f. Gynäkologie 1899 Nr. 45.)

Rheumatismen. 38 Fälle von traumatischem Gelenkrheumatismus beschreibt Stabsarzt Dr. Seitz. Davon betraf das Trauma 19mal das Fuss-, 12mal das Knie-, 4mal das Handgelenk, 1mal Hand, Rücken und Schulter, 1mal Hand und Schulter, 1mal den rechten Oberschenkel, und *begannen bei 34 Fällen die Erscheinungen des Gelenkrheumatismus in den verletzten Gelenken*. 4mal setzte der Rheumatismus an anderen Gelenken ein, das verletzte frei lassend; 2mal traf das Trauma die Fussgelenke, der Rheumatismus aber beide Kniegelenke, 1mal das Trauma

den r. Oberschenkel, der Rh. das r. Knie, 1 mal das Trauma das r. Fussgelenk, das Rheuma das r. Knie, also jedesmal ist das dem verletzten Gelenk nächste mitbetheiligt. Das Trauma war 13 mal Verstauchung, 8 mal Distorsion, 6 mal Fall, 3 mal Stoss und Schürfung, je 1 mal Schlag, Zerrung am Oberschenkel, Wundlaufen an beiden Füßen; 2 mal sind Gewehrgriffe, je 1 mal „Kniendurchdrücken“, langsamer Schritt und öfteres Knien beim Chargiren auch als Trauma aufgefasst, und wohl mit Recht, indem eine fortgesetzte, mit gewisser Gewalt einsetzende Erschütterung, sei es durch forcirtes Auftreten etc. in ihrer Endsumme und Wirkung doch wohl einem einmaligen heftigen Trauma gleich zu achten sind. Was nun den *zeitlichen Zusammenhang des Trauma mit dem Auftreten des Rh.* anbelangt, so war in 27 Fällen zwischen beiden eine Zeit von 8 Tagen (1 Tag—4 Fälle, 2—4, 3—7, 4—3, 5—3, 6—4, 8—2), innerhalb dieser Grenze wieder die meisten (15) in den ersten 3 Tagen; 10 Tage verflossen bei 1, 14 bei 3, 21 bei 1, 28 bei 2 Fällen; unbestimmt sind 4. Unter den 38 Pat. hatten 3 schon früher einmal Gelenkrheumatismus durchgemacht. Monartikulär trat der Rheumatismus 8 mal auf, *polyartikulär 30 mal*. Es handelte sich nicht um Rheumatoide, sondern um wirklichen Gelenkrheumatismus: Fieber, mitunter sogar hohes, öfters mit Schüttelfrost verbunden, Röthung der Haut über den befallenen Gelenken, seröses Exsudat, locale Wärme, und auch Complicationen wie Pericarditis (2 mal), consecutive Herzhypertrophie (2 mal), Endocarditis (6 mal) zeigten, dass hier echter Gelenkrheumatismus im Spiele war, wofür auch die prompte Wirkung des Natr. salicyl. (in einigen Fällen auch Antifebrin, Antipyrin) sprachen. Nach moderner Anschauung ist der Gelenkrheumatismus eine Infectiouskrankheit, und sind wohl verschiedene Arten von Staphylokokken und Streptokokken die Krankheitserreger, welche bei geringer Zahl und schwacher Virulenz Gelenkschwellungen und seröse Exsudate, bei grosser Zahl und starker Virulenz aber Eiterungen verursachen. Liegt aber dem Gelenkrheumatismus eine bakterielle Infection zu Grunde, dann kann man *als Analogie die traumatische tuberculöse Gelenkerkrankung* heranziehen, indem jedenfalls in gleicher Weise, wie bei dieser, nach Trauma der monartikuläre und durch Metastase vom verletzten Gelenk aus der polyartikuläre Gelenkrheumatismus zustande kommt.

- Trauma und Gelenkrheumatismus, dieser Zusammenhang wurde kürzlich von Müller (Königshütte) betont. Jetzt machen ähnliche Mittheilungen Dr. Thiem (Cottbus) und Dr. Piltz (Vienenburg). Ersterer untersuchte neulich eine 24jährige Frau, die 10 Tage nach einem Sturz auf beide Kniee, der eine Subluxation der Schienbeine nach hinten zur Folge hatte, nach einander entzündliche Anschwellungen beider Sprunggelenke, des rechten Hüft- und Schultergelenkes bekam, Erkrankungen, die man nicht anders, als Gelenkrheumatismus deuten konnte. Letzterer berichtet über 2 Fälle (von denen der eine allerdings sich an eine Wunde anschloss): 1. 30jähr. kräftiger Eisenarbeiter wird beim Schienenlegen von einem Schienennagel an den rechten Unterschenkel getroffen. 8 Stunden darauf unter schweren Fiebererscheinungen Schmerzen und Schwellung beider Fuss- und Kniegelenke. Schon am nächsten Tage endocarditische Erscheinungen und nach 2 weiteren Tagen Exitus im Collaps. Auf des Autors Gutachten hin erhält die Wittwe Rente. 2. Chemiker wird am 8. VI. 96 Nachmittag 5 Uhr in seinem Laboratorium von einer Fliege gestochen, bestrich die Stelle sofort mit Ammoniak. Abends Schüttelfrost; die ganze Nacht Fieber. Am nächsten Morgen sah ihn Autor; 39° Temp., frequenter Puls, dick belegte Zunge, starker Foetor ex ore; am rechten Daumenballen kleine Blutblase mit stark gerötheter Umgebung. Excision derselben, Umschläge mit Lysol (1%). Am Abend noch Fieber, am Vorderarm ein lymphangoitischer Streifen von der Wunde aus (verschwand nach 2 Tagen wieder). Am Morgen des 10. VI. klagte Pat. über Schmerz im rechten Fussgelenk, der aber nur von kurzer Dauer war, am Abend aber noch das rechte Knie ergriff. Letzteres schwoll im Laufe der nächsten Tage unter starkem Fieber an. Dieses dauerte bis zum 25. VI. Während dieser Zeit war auch auf einige Tage das rechte Hüftgelenk angeschwollen, doch ging diese Schwellung ziemlich schnell zurück. Der Erguss im Kniegelenk wurde durch Punction als serofibrinös erkannt. Schwellung und Schmerzen verloren sich allmählich, doch blieb ziemlich bedeutende Ankylose zurück, die auch durch eine längere Kur in einem medico-mechanischen Institut nicht beseitigt wurde. Die Unfallversicherung wies Ansprüche auf Rente ab mit dem Bemerken, bisher seien noch nie durch Insectenstich Knochen- und Gelenkaffectionen entstanden. 2 Professoren äusserten sich; der eine stellte die Krankheit als zufällig dem Stich gefolgt hin, der andere

glaubte an Infection, aber nicht durch den Insectenstich, sondern von wo anders her (Mund oder Nase) zustand gekommen. Piltz drang aber doch mit seiner Ansicht, dass beides in Zusammenhang stehe, durch, es wurde Entschädigung gezahlt.

(71. Naturforscherversammlung 1899 in München. —
Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 10.)

- Mit Natr. salicyl. per klysma wird, wie du Mesnil mittheilt, im Altonaer Krankenhause der acute Gelenkrheumatismus schon seit Jahren behandelt. Die Methode (5—6 g in 200 g Wasser, 2 Mal täglich) ist sehr zu empfehlen, da sie gegenüber der Verabreichung per os verschiedene Vortheile bietet. Die Application ist reizlos, die Resorption prompt (nach $\frac{3}{4}$ Stunden im Urin Salicylreaction), Ohrensausen etc. seltener, als bei Verabreichung per os, unangenehme Magenbeschwerden fehlen gänzlich.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 45. —
Altonaer Aerztl. Verein, 27. IX. 99.)

- Als *bisher bestes Ersatzmittel für Salicyl* bezeichnet Dr. J. W. Frieser (Wien) das Citrophon (citronensaures Phenetidin), das an Wirksamkeit dem Salicyl gleich, von dessen Nebenwirkungen frei ist, angenehm schmeckt und selbst längere Zeit ohne Nachtheil genommen wird. Die Dosis beträgt 3—4 g pro die (bei Kindern die Hälfte) in Pulverform oder wässriger Lösung. (Die Therapie der Gegenwart, November 1899.)

- Aspirin wandte Dr. L. Kétly (Budapest, II. medic. Univers.-Klinik) bei 12 Fällen von acuter Polyarthrit und 6 Fällen von rheumatischen Schmerzen mit bestem Erfolge an. In ersteren Fällen erwies sich das Mittel (1 g pro dosi, 4—5 g, später 2—3 g pro die) als *vorzüglich wirkend*, wobei es nie unangenehme Nebenwirkungen offenbarte. Das Salicyl war im Urin schon nach 30—40 Minuten nachweisbar, und die Wirkung stellte sich ebenfalls spätestens nach $\frac{1}{2}$ Stunde in Form starken Schweisses ein (auch *Salophen* wurde übrigens mit gleich günstigen Erfolgen vielfach gegeben!). Am energischsten schien die Wirkung beider zu sein, wenn sie *nicht in verzeittelten Dosen, sondern in grösseren, in stündlichen Zwischenräumen, gegen Abend zu verabfolgt* wurden, was am besten in Pulverform (in Oblaten) geschieht. Mit ebenso gutem Erfolg wurde Aspirin bei verschiedenen

rheumatischen Schmerzen ordinirt; Dosen von 1—2 g stillten gewöhnlich die Schmerzen schon nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde.

(Die Heilkunde, October 1899.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Zur Casustik der Gesichtslagen bringt Dr. Wichert (Cüstrin) einen Fall zur Publication, der *ermuthigen könnte, die Indication für die Anwendung der Kopfzange zu erweitern und die Perforation des lebenden Kindes auch in Fällen zu vermeiden, in denen nach den allgemein giltigen Gesetzen dies Verfahren Platz greifen müsste*: II para, Bauersfrau, nur 145 cm gross, aber sehr kräftig und wohlproportionirt. 1. Entbindung spontan und leicht. Jetzt exquisite Gesichtslage mit direct nach hinten gegen das Kreuzbein gerichtetem Kinn. Wasser vor 2 Stunden abgeflossen, Wehen sehr kräftig, Kopf ziemlich weit ins Becken eingetreten, Uterus straff gespannt, Contractionsring angedeutet. Wendung erschien somit sehr bedenklich. Ein Versuch, durch combinirte Handgriffe den Kopf gegen den Rumpf zu beugen, bei der starken Wehenthätigkeit ebenso erfolglos, als der, das Kinn durch den in den Mund eingeführten Finger über die linke Seite nach vorn zu drehen. Das Kind lebte, Herztöne jedoch schwach, sich zusehends verschlechternd. Beckenmaasse der (keine Zeichen von Rhachitis darbietenden) Frau:

Dist. spin.	25	Conjug. extern.	19,5
„ cristar.	29	„ diagon.	12.

In Anbetracht der geringen Grösse der Frau also Beckenverhältnisse nicht ungünstig, andererseits das Kind, wie die Ausdehnung des Bauches und die Palpation des Kopfes vermuthen liess, von beträchtlicher Grösse. Citirung eines Collegen. Inzwischen, trotz Morphininjection, Wehen weiter stark, der Kopf trat noch tiefer (dabei allerdings auch das Kinn ganz wenig nach links abgewichen), so dass bei Einleitung der Narkose an Wendung gar nicht zu denken war. Autor versuchte die Zange im schrägen Durchmesser von links vorn nach rechts hinten an den fest im Becken stehenden Kopf anzulegen, was mit einiger Mühe gelang. Grosse Zahl von vorsichtigen, aber kräftigen Tractionen abwechselnd seitens beider Aerzte. Schliesslich stemmte sich die Gegend vor der kleinen Fontanelle gegen die Symphyse, das entstellte Gesicht erschien vor der Vulva. Um das drohende

Abgleiten der Zange zu vermeiden, nahm Autor sie ab und hebelte vermittelst eines Zangenlöffels den Kopf völlig heraus, ohne dass der Damm irgendwie litt. Erhebliche Schwierigkeiten noch bei Entwicklung des Rumpfes infolge der beträchtlichen Grösse des Kindes (Länge 50 cm, Körperrumfang 35 cm), das asphyktisch geboren wurde, sich aber rasch erholte (langer schräger Durchmesser: Kinn-Protuber. occip. = 18,5 cm, Gewicht 3700 g). Placenta folgte auf leichten Druck rasch nach. — Also die Zangenoperation glückte, trotzdem der Kopf im Verhältniss zum Becken nicht kleiner war! Bei der als so ominös bekannten Geburtscomplication, wie sie hier vorlag, eröffnet sich somit die Aussicht, durch eine sachgemäss ausgeführte Zangenapplication die Entbindung auf schonende Weise zu Ende zu führen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

- Ueber die Stirnlagen sprach Prof. Schatz (Rostock): Gewöhnlich werden die Stirnlagen mit den Gesichtslagen, gewissermaassen als eine Unterart derselben oder als Uebergang zu denselben behandelt. Das ist aber vollständig falsch, denn sie sind gerade das Gegentheil von Gesichtslagen, ebenso wie von Hinterhauptslagen, gewissermaassen die Querlagen des Kopfes. Sie kommen auch im Gegensatz zu diesen Lagen in der Schwangerschaft als stabile Lagen bei normal gebauten Kindern gar nicht vor. Während der Geburt entstehen sie zwar nicht ganz selten bei Mangel jeden Widerstandes, z. B. beim 2. Zwilling, wo sie aber ohne Bedeutung sind. Gewöhnlich aber ist der Widerstand bei ihnen sehr gross und der Mechanismus sehr exact. Die meisten stabilen Stirnlagen entstehen durch einen Rückzug am Kindeskopf mittelst des Halses des Kindes, und dieser Rückzug entsteht meist durch *Krampf* des Isthmus uteri, des inneren Muttermundes, und ist ohne diesen Krampf die Lehre von den Stirnlagen gar nicht zu verstehen. In solchen Fällen wandte Autor mit bestem Erfolge *Chloroform* an, legte die Zange zu beiden Seiten des Kopfes an, ohne denselben zunächst direct zu fassen, stellte dann innerhalb der Zange durch Herabziehen des Kinnes mit Zeige- und Mittelfinger während der Wehenpause eine Gesichtslage her, schloss nun die Zange an dem in Gesichtslage befindlichen Kopf und zog ihn so herab, dass das Kinn in den Schambogen zu liegen kam und dort liegen bleiben musste. Jetzt konnte der Kopf sich auch nicht mehr in der Zange

um seine Querachse drehen und wurde, während der Krampf durch die Narkose aufhörte, leicht entwickelt. Aber nur bei relativ kleinem Kopfe kann dieser Krampf Stirnlage bewirken. Auf diesen Krampf muss die Therapie vor Allem Rücksicht nehmen; er schwindet von selbst kaum oder sehr spät und macht die Geburt sehr schmerzhaft und langwierig. Man erkennt ihn indirect an den eigenthümlich schmerzhaften Wehen mit Pressgefühl ohne entsprechenden Tiefstand des Kopfes, direct an der Einschnürung um den Hals des Kindes. Ist der äussere Muttermund vollständig erweitert, der Kopf nicht gross und gut beweglich, so wird man denselben ohne Aufschub durch das oben geschilderte Verfahren unter Chloroform extrahiren. Ist der äussere Muttermund noch eng oder der Kopf nicht so handlich, so wird man mit Wärme, Bädern, Schwitzen, Morphin den Krampf bekämpfen. Er scheint unter rheumatischen Bedingungen häufiger aufzutreten; in Mecklenburg sind in 12 Jahren in den Monaten Juni, Juli, August die Stirnlagen viel seltener gewesen als in den anderen Monaten, was bei Gesichtslagen nicht stattfand. Ist erst einmal starke Configuration eingetreten, so wird man sich begnügen müssen, den Kopf so, wie er configurirt ist, zu extrahiren, wird aber dabei immer Chloroform anwenden, um den Krampf zu vermindern, und kann dann auch die Zange über Stirn und Hinterhaupt anlegen. Bei tieferem Kopfstand wird man, wenn es ohne grössere Schwierigkeit geschehen kann, möglichst bald Nacken oder Nasenwurzel in den Schambogen einleiten.

(71. Naturforscherversammlung in München. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 43.)

— Zur Behandlung der Nachgeburtszeit erörtert Prof. Hofmeier (Würzburg) in Anschluss an einen forensischen Fall (Anklage gegen einen Arzt) einige in Betracht kommende Fragen und beantwortet dieselben etwa folgendermaassen:

1. *Wann ist der Arzt berechtigt, die Placenta manuell zu lösen, und wann ist er dazu event. verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen?* Gewöhnlich erledigt sich ja diese Frage sehr einfach dahin, dass der Arzt berechtigt und verpflichtet ist, die manuelle Lösung vorzunehmen, wenn durch andauernde Blutung die Entbundene in augenscheinliche Lebensgefahr geräth und die Entfernung der Placenta auf keine andere Weise gelingt. Wenn es nun aber nicht blutet? Wann ist der Arzt dann

berechtigt, die Lösung vorzunehmen, ohne sich im Falle eines üblen Ausganges berechtigten Vorwürfen oder gar der Gefahr einer Anklage wegen übereilten Handelns auszusetzen? Liest man in den Lehrbüchern nach, so findet man, dass die Autoren wohl darin einer Meinung sind, dass ein übereiltes Eingreifen unnöthig ist, dass aber die Meinungen darüber weit auseinandergehen, wann nun eingegriffen werden soll. An sich wäre es ja auch gewiss sehr schwer, aus den infolge des zu lange Wartens eintretenden üblen Folgen etwa eine bestimmte zeitliche Grenze für das Zuwarten zu setzen. Denn die mehrfach ausgesprochene Befürchtung, dass bei einem Zuwarten über 2—3 Stunden hinaus Zersetzungserscheinungen an der Placenta auftreten könnten, ist ganz unbegründet, ebenso wie die 2. Befürchtung, dass sich der Uterus zu sehr schliessen würde, wodurch die manuelle Lösung zu sehr erschwert würde. Hofmeier hat aus bestimmten Gründen schon 10—12, ja 24 Stunden gewartet, ohne eine Erschwerung des Eingriffes zu finden. Nun hat Zweifel betont, dass, wenn die spontane Ablösung und Ausstossung in 3—4 Stunden nach der Geburt nicht erfolgt, sie überhaupt nicht mehr erfolgt, eine Erfahrung, die Hofmeier bestätigen kann, und die allein uns den Anhaltspunkt liefert, an der Zeitbestimmung von 3—4 Stunden post part. festzuhalten, wobei freilich vorausgesetzt wird, dass energische Versuche zur Entfernung der Placenta durch Expression mit oder ohne Narkose der manuellen Lösung voraufgegangen sind. Von einer Versäumniss des Arztes, wenn er aus irgendwelchen Gründen über diesen Zeitpunkt hinaus gewartet hätte, kann aber natürlich auch nicht die Rede sein, da durch längeres Zuwarten an sich die Verhältnisse nicht verschlechtert werden.

2. *Wie lange darf der Arzt warten, bevor er wegen Blutungen zur manuellen Lösung schreiten muss?* Es giebt Fälle, wo es auch dem Geübtesten selbst unter Narkose nicht gelingt, die Placenta herauszudrücken. Es kann nun leicht geschehen, dass der Arzt aus Scheu vor der Gefahr des intrauterinen Eingriffs und im Vertrauen auf die Leichtigkeit, mit welcher Wöchnerinnen im Allgemeinen Blutverluste überwinden, und in der Hoffnung, dass doch bei der nächsten Anstrengung die Placenta noch folgen wird, den richtigen Moment für den Eingriff verpasst. Wenn auch nicht immer der Tod eintritt, so verlieren die Frauen doch unnöthig viel Blut und gebrauchen viele

Monate, um sich wieder zu erholen. Es ist nun oft sehr schwierig, die Menge des abgegangenen Blutes zu schätzen, da bei dem andauernden langsamen Nachsickern oft grosse Mengen in die Unterlagen hereinziehen. Autor hat deshalb seit Jahren in der Klinik eingeführt, gleich nach der Entbindung eine saubere Schüssel unter die Geschlechtstheile unterzuschieben, um so mit Sicherheit alles Blut aufzufangen. Einen Blutverlust von 1—1½ Liter Blut sieht er nun als stricte Indication zu einem energischen Eingriff an.

3. *Ist der Arzt verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen, vor einem solchen intrauterinen Eingriff ausser der Desinfection seiner Hand auch eine solche der äusseren Geschlechtstheile der Kreissenden und der Scheide auszuführen?* Hofmeier antwortet ganz entschieden mit „ja“, soweit die äusseren Geschlechtstheile in Betracht kommen. Zweifelhaft könnte nach der Ansicht mancher Autoren nur die Forderung der Scheidendesinfection sein. Die meisten plaidiren ja für solche, während auf Grund neuerer bakteriologischer Untersuchungen bekanntlich von Kroenig der Grundsatz aufgestellt und z. B. in der Leipziger Klinik praktisch durchgeführt worden ist, dass eine Desinfection der Scheide nicht nur unnütz, sondern auch schädlich sei und deshalb vor allen operativen Eingriffen zu unterlassen sei. Die Resultate der Leipziger Klinik mit 49½% Morbidität nach operativen Entbindungen sind nun durchaus nicht geeignet, jenen Grundsatz als empfehlenswerth erscheinen zu lassen. Die überaus günstigen Erfolge, die in Würzburg mit gründlicher Desinfection der Kreissenden erzielt werden, sprechen vielmehr unbedingt dafür, dass eine strenge Desinfection vor jeder geburtshilflichen Operation nicht nur nützlich, sondern geradezu geboten ist, und Hofmeier steht nicht an auszusprechen, dass ein Arzt, der vor einer geburtshilflichen Operation, besonders vor einer manuellen Nachgeburtsoperation, es unterlässt, die äusseren Geschlechtstheile und die Scheide gründlich zu desinficiren, sich eines Vergehens im Sinne des § 222 des Strafgesetzbuches schuldig macht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 48.)

Syphilis. Einen syphilitischen Primäraffect an den Genitalien eines 9jähr. Mädchens aussergeschlechtlichen Ursprungs sah Tulinow. Das im Allgemeinen kräftig und normal entwickelte Kind erkrankte an eitriger Vulvovaginitis etwa 2 Monate vor dem Eintritte ins Spital.

Grosse Schamlippen normal, die kleinen geröthet und geschwollen, Hymen intact, aus der Scheide entleert sich reichlich eitriges Secret. An der rechten Seite des oberen Schamlippenrandes, an der Grenze zwischen Mons Veneris und grosser Schamlippe ein Geschwür von runder, regelmässiger Form, Ränder etwas erhaben, indurirt, Geschwürsgrund glatt, stellenweise mit geringem Belag von weisslicher Farbe, nicht schmerzhaft. Inguinaldrüsen beiderseits infiltrirt, schmerzlos; Haut über denselben beweglich. Bei der Virgo intacta, bei der sich keine Anzeichen von Nothzuchtversuchen entdecken liessen, musste man eine aussergewöhnliche Infection annehmen, und es stellte sich in der That heraus, dass *Pat. häufig mit einem 7 jähr. Mädchen in Bette schlief, welches Condylomata lata ad anum aufwies.* — Der Verlauf der Krankheit bestätigte die Diagnose.

(Djetskaja Medicina 1899 Nr. 3. —
Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 Nr. 8/9.)

- Einen Fall von primärer syphilitischer Erkrankung der rechten Tonsille beschreibt B. Egis. Das 4 jähr. Mädchen wurde wegen Halsschmerzen ins Spital geschafft. Auf der in ihren Dimensionen ungeheuer vergrösserten rechten Tonsille ein Geschwür mit unebenem Grunde und erhabenen Rändern von grauer Farbe; die Mandel selbst von derber Consistenz. Submaxillar- und Halsdrüsen beiderseits, mehr aber rechts, vergrössert und schmerzhaft. Gleichzeitig kamen 2 Schwestern der Pat., 7 und 11 Jahre alt, ins Spital, von denen eine syphilitische Angina nebst Plaques muqueuses auf der Mundschleimhaut aufwies, die andere neben letzteren noch ein papulöses Hautexanthem. Die 3 Kinder hatten sich durch Gebrauch des Trinkgeschirrs einer syphilitischen Verwandten inficirt.

(Ibidem.)

- Einen Fall von S. insontium, Beitrag zu der *Infectionsgefahr in Barbierstuben*, publicirt Dr. Schmolck (Rastenburg). Am 18. VIII. consultirte ihn ein Student wegen eines „Pickels“ der linken Kinngegend. Dort war er am 4. VIII. von einer Mücke gestochen worden, am 5. VIII. hatte der Barbier beim Rasiren die Stelle geöffnet, und jetzt nässe dieselbe immer, verschorfe auch ab und zu, komme aber nicht zur Heilung. Es fand sich eine bräunliche Pustel von der Grösse einer Mückenstichquaddel, die oberflächlich etwas feucht war; es schien eben nur ein häufig verletzter Mückenstich zu sein, und auffällig war nur, dass die Um-

gebung bis zum Halse herab ein wenig entzündlich infiltrirt war. Drüsenschwellungen fehlten. Am 24. IX. kam Pat. wieder. Die entzündliche Infiltration war geschwunden, die Pustel epithelisirt, aber dunkelblauroth; sie hatte die Grösse einer weissen Erbse und sehr geringe Härte. Da nun aber die submaxillaren und cervicalen Drüsen links zu recht grossen Tumoren angeschwollen waren, diagnosticirte Autor S., obwohl weder etwas am Penis zu constatiren, noch sonst welche verdächtige Symptome vorhanden waren und der Primäraffect sich nicht als Ulcus, sondern als jenes unscheinbare Papelchen repräsentirte. Als Pat. am 13. X. wiederkam, zeigte er eine Roseola am ganzen Körper, sowie Schwellung auch der rechtsseitigen Cervicaldrüsen, die Diagnose war gesichert. — Dieser Fall legt wieder dringend die *Verbesserung der hygienischen Verhältnisse in den Barbierstuben* nahe. Köbner und Blaschko haben dazu folgende Vorschläge gemacht:

1. Es soll das Rasirmesser und der Pinsel vor dem Gebrauch in kochendem Wasser ausgebrüht werden.
2. Jeder Barbierte soll ein frisches Handtuch resp. eine Serviette aus chinesischem Papier bekommen.
3. Statt der Puderquaste sollen Wattebäuschehen verwandt und dann weggeworfen werden.

Blaschko glaubt aber, dass diese Maassregeln den Preis für Rasiren erhöhen müssten, was Schmolck jedoch bezweifelt, indem er proponirt, dass die entstehenden Mehrkosten durch den Fortfall ganz überflüssiger und ihrerseits auch wieder unhygienischer Luxusmanipulationen compensirt werden könnten. Das Pudern könnte ganz gut überhaupt fortbleiben, zumal die Wattebäuschehen gewiss auch nicht immer einwandfrei sein und bei event. eingeschnittenen Stellen dann bedenklich werden könnten. Ferner ist das übliche Einfetten des Bartes mit der nicht ganz billigen „Brillantine“ nicht nur unappetitlich, sondern auch, wenn z. B. dieselbe Bartbürste eben über den vom Auswurf verunreinigten Schnurrbart eines Tuberculösen hinweggegangen ist, direct gesundheitsschädlich. Autor schlägt daher als 3. Polizeiverordnung statt der obigen vor: „Alle übrigen, bisher üblichen Manipulationen, wie das Pudern und das Einfetten des Schnurrbartes, sind verboten“.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

— Eine neue Methode der Quecksilbertherapie bespricht Dr. Blaschko (Berlin). Bekanntlich hat kürzlich We-

lander behufs Einverleibung der Hg per inhalationen empfohlen, die graue Salbe auf einen Flanelllappen zu streichen und diesen Tag und Nacht auf der Brust tragen zu lassen; neuerdings hat er an Stelle dieses Lappens einen Sack empfohlen, gefüllt mit Mercuriol, einem 40 % Hg enthaltenden Pulver (Doppelamalgam von Hg mit Zinn und Aluminium). Blaschko hat mit der ersteren Methode seit 2 Jahren zum Theil sehr günstige Erfolge erzielt. Aber es erschien ihm unzweckmässig, alle 2—3 Tage auf den noch reichliche Salbenmengen zeigenden Lappen neue Salbe aufzuschmieren und so unnütz grosse Mengen des Medicamentes zu verschwenden; denn es war klar, dass nur ein geringer Theil des aufgestrichenen Hg binnen so kurzer Zeit verdampft sein konnte (dasselbe gilt von den Mercuriol-säckchen, welche täglich neu gefüllt werden sollen). Autor sann auf eine Methode, bei der es möglich war, einen Stoff anders als mittelst der auch für den Pat. sehr schmutzigen grauen Salbe zu imprägniren und diesen Stoff so lange auf der Brust tragen zu lassen, als noch Hg auf derselben verdampfe. Der Firma P. Beiersdorf (Hamburg) gelang es schliesslich einen zu therapeutischen Zwecken überaus leicht verwendbaren Stoff herzustellen, und zwar durch *Imprägnirung eines gewöhnlichen Baumwollstoffes mit einer 90 % Hg enthaltenden Salbe*. Dieser Stoff „*Mercolint*“ ist so gleichmässig imprägnirt, dass keine Spur der Salbe sichtbar ist, sondern er wie ein einfach grauer Baumwollstoff dem Auge imponirt. Daraus werden nur *Schürzen* hergestellt, die 10 g Hg enthalten (neuerdings auch solche mit 30 und 50 g, über die Autor aber noch keine Erfahrungen hat). Schon nach 4 Wochen hat solch ein Schurz sein Hg fast ganz abgegeben, er ist völlig weiss geworden. Die Aufnahme eines Theiles davon wird erwiesen durch das Auftreten von Quecksilber im Urin, durch das häufige Auftreten von Stomatitis und Speichelfluss und besonders durch die Einwirkung auf syphilitische Processe. Denn es gelingt auf diese einfache Weise, die verschiedensten syphilitischen Erscheinungen: Roseola, Papeln, Schleimhautplaques, peristitische Auftreibungen etc. zum Schwinden zu bringen, wenn auch in hartnäckigen Fällen die Wirksamkeit des *Mercolint-Schurzes* (wenigstens des 10 g enthaltenden!) hinter der einer energischen Schmiercur zurücksteht. Blaschko glaubt, dass es sich wie auch bei letzterer nicht, ebenfalls bei der neuen Methode nicht ausschliesslich um Einathmung des Hg bei der Wirkung handelt. Denn

es treten manchmal Quecksilberxantheme auf, und auch manches Andere spricht noch dafür, dass auch Aufnahme durch die Haut stattfindet, dass das Hg wahrscheinlich in Gasform durch die Haut hindurchdunstet. Bei Bettruhe ist, wohl der gleichmässigen Bettwärme wegen, die Wirkung des Schurzes eine viel raschere und energischere. Autor lässt ihn Tag und Nacht tragen. Will man die Verdunstungsfläche vergrössern, so lässt man 2 tragen, auf Brust und Rücken. Da aber immerhin doch nur relativ geringe Hg-Mengen aufgenommen werden, ist der Schurz nicht indicirt, wo man wegen ernster Symptome rasche und scharfe Wirkung erzielen will, z. B. bei frischen Erkrankungen, schweren Recidiven etc. Wo aber mildere Hg-Wirkung genügt, also bei leichteren Recidiven, als Nachcur, zu intermediären Curen, bei Graviden und Säuglingen, bei heruntergekommenen Pat. u. dgl. kann der Mercolinschurz (wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben!) als äusserst bequeme, saubere, nicht störende und billige (M. 1,50) Applicationsart warm empfohlen werden; auch erscheint es nicht unmöglich, dass man nach einer stärkeren Cur durch monatelanges Tragen dieser Schurze das Auftreten weiterer Recidive verhindern kann.

(Berliner medic. Gesellschaft, 25. X. 99. —
(Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

Tuberculose. Pyramidon und Citrophen gegen das Fieber der Phthisiker hat Dr. L. Kétly (Budapest, II. medic. Univers.-Klinik) mit bestem Erfolge angewandt. Es ergab sich, dass *Pyramidon* hier in Dosen von 0,15—0,3 ohne unangenehme Erscheinungen und ohne Gefahr verabreicht werden kann; es bringt die Temperatur langsam und gleichmässig hinunter und lässt sie nur langsam wieder steigen. Es bringt das Fieber während 2—3 Stunden um 1,5—2° prompt hinunter, welche Temperatur dann 4—6 Stunden lang so verbleibt. Ebenso wie bei Phthise kann das Mittel auch bei anderen mit Fieber einhergehenden chron. Erkrankungen in Dosen von 0,15—0,3, auch 3—4 mal des Tages als sehr gutes Antipyreticum empfohlen werden, dem nur das *Citrophen* gleichgestellt werden kann. Auch dieses erwies sich als gänzlich unschädliches Mittel, das bei acutem hohem Fieber in Dosen von 0,5 g, in chron. Fällen in Dosen von 0,3 g auch 4—5 mal des Tages, besonders bei Phthisikern, gegeben, prompt wirkt, ohne toxische Erscheinungen hervorzurufen, ohne Herz und Nervensystem zu

schädigen. Es bringt die Temperatur langsam und sicher herunter, durchschnittlich während 2 Stunden um 1,5—2°; die Temperatur bleibt in acuten Fällen 1—2, in chronischen 5—6 Stunden auf dem niedrigen Grad. Beide Mittel wirkten oft noch da, wo andere Antipyretica versagt hatten.

(Die Heilkunde, October 1899.)

- Die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose beleuchtet Wunderlich (Tübingen). An der dortigen Frauenklinik erlebte er bei 7 von 10 Fällen einen Misserfolg, und zwar nach 2 Richtungen hin, nämlich 1. dass der *Heileffect der Operation ausblieb*, insofern die T. nach der Operation fortschritt; 2. dass ein *directer Nachtheil der Operation* sich geltend machte. Der Operation erlag zwar keine Pat., wohl aber starben 2 noch innerhalb der Klinik (2—3 Monate post operat.); die erste starb 2 Monate nach dem Eingriff an fortschreitender T., wobei auch am Peritoneum bei der Section ein Fortschreiten des Processes unverkennbar war, bei der 2. trat 17 Tage post operat. ein tuberculöser Zerfall der Narbe mit Kothfistelbildung ein, sodass sie 3 Monate post operat. an Erschöpfung zu Grunde ging. Aehnlich erlagen 2 Pat. bald nach der Operation bereits in häuslicher Pflege. Bei einer Pat. sammelte sich 2 Monate post operat. das Exsudat wieder an, und gelegentlich der bei ihr vorgenommenen Colpotomia poster. mit linksseitiger Ovariectomie konnte das Vorhandensein massenhafter Knötchen am Peritoneum viscerale und parietale constatirt werden. In einem weiteren Falle bildeten sich 11 Tage nach der Operation fungöse Wucherungen in der Bauchhöhle mit secundärer Kothfistel, und endlich in einem Falle zerfiel 5 Monate post operat. die Bauchwunde tuberculös. Bei Durchsicht der Litteratur fand Autor bei 344 Fällen der *ascitischen* Form 176 Misserfolge, darunter 41 mal Wiederkehr des Ascites, 23 mal Fistelbildung (meist durch tuberculöse Degeneration der Narbe), 11 mal Kothfisteln (6 mal letal); 6 mal bestand die Bauchfelltuberculose nach der Operation weiter, ohne dass der Ascites sich wieder ansammelte. Im Ganzen 58 Todesfälle, darunter 16 unmittelbar oder wenige Tage nach der Operation. Heilungen (klinisch mindestens 3 Jahre) 41 (= 23,3 %). Wenn auch der Einwurf gemacht wurde, dass die Fälle, die längere Zeit nach der Operation schliesslich doch ihrer Darm-, Genital- oder Lungentuberculose erlagen, keine Misserfolge sind, solange nicht der Beweis erbracht

ist, dass die Incision eine Verstärkung des Grundeidens herbeigeführt hat, glaubt Autor doch, dass bei Lungenkranken die Laparotomie um so mehr zu überlegen sei, als die Pat. sicher durch die Narkose gefährdet sind, wozu noch der erschwerende Umstand kommt, dass die Expectoration in den nächsten Tagen nach der Laparotomie durch die Schädigung der Bauchpresse wesentlich erschwert bis aufgehoben ist, sodass die Gefahr einer Verbreitung der Entzündung in den tiefen Athmungsorganen gegeben ist. Bei der *adhäsiven* Form lagen 81 mal Misserfolge vor oder längere Beobachtungen; darunter 2 mal Darmverletzungen (bei den Verwachsungen leicht möglich!), 4 mal tuberculöser Zerfall der Wunde, 2 mal Fisteln, 13 mal Kothfisteln (9 mal letal); 9 mal bestand die Peritonitis weiter ohne Besserung, 45 mal kam es unter regelmässiger Verschlimmerung früher oder später zum Exitus. Klinische Heilung (mindestens 3 Jahre) nur 8 mal (= 9,8 %). Bei der *citrigen* Form ist es sehr gefährlich zu operiren, indem bei jedem Versuch, die adhärennten Därme zu lösen, um die abgesackten Eiteransammlungen zu entleeren, die Därme einreissen. So unter 10 Fällen 2 mal Kothfisteln, 9 mal Exitus. Die Resultate Wunderlich's stehen in krassem Widerspruch mit den allgemeinen Anschauungen über den Heilungseffect der Laparotomie. Autor betont dabei, dass es sicher constatirte Fälle giebt, die ohne Eingriff ausheilen, dass die Laparotomie auch günstig auf die Affection einwirken kann, aber man dürfe nicht so weit gehen, sie als einziges und sicheres Mittel zur Heilung anzusehen.

(Archiv f. Gynäkologie 1899 Bd. 59 Heft 1. — Ibidem.)

- **Ulcera cruris** wahrscheinlich tuberculöser Natur hat Lumpère bei einem 31jähr. Pat. gesehen. Die Ulcera sitzen auf der Innenseite beider Unterschenkel. Sie wurden bisher als varicös angesehen, aber man findet nirgends Varicositäten, ausserdem bestehen die Geschwüre schon seit dem 5. Lebensjahr des Pat., heilten und brachen wieder auf. Zeichen von Syphilis lassen sich nicht nachweisen, wohl aber constatirt man noch eine Orchitis, Broncehaut, Lungenspitzeninfiltration, Milzschwellung ohne Leukocytose (bloss einfache Anaemie), was alles dafür spricht, dass jene Ulcera auch tuberculöser Natur sind (Tuberkelbacillennachweis bisher freilich nicht gelungen!).

(Soc. franc. de dermat. et de syphil. 13. VII. 99. — Berliner klin. Wochenschrift 1899. Nr. 43.)

- Die Uebertragbarkeit des T. durch den Bart konnte Schoull direct nachweisen, indem er Barthaare von einem Phthisiker entnahm und sie zu Thierversuchen verwendete, welche dann positiv ausfielen. Tuberculöse sollten sich den Bart ganz wegnehmen lassen, event. wenigstens soweit kürzen, dass keine Haare ausfallen und nach jeder Expectoration eine wirksame antiseptische Waschung (Sublimat, Formol) erfolgen kann.

(Journ. des Practiciens 1899 Nr. 22. —
Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29, Nr. 11.)

Tumoren. Zur Aetiologie der Warzen führt Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) 2 in letzter Zeit beobachtete Fälle an, wo die Warzen *durch Saugen mit dem Mund entstanden* sind. Ein 12jähr. Mädchen hatte eine grosse, langgestreckte himbeerartige Warze an der Volarseite des linken Zeigefingers; Pat. gab an, durch Saugen an dieser Stelle sei der Tumor (dessen Form auch genau der des geschlossenen Mundes glich) zustande gekommen. Der 2. Fall betraf einen 19jähr. Primaner, der auf der Schleimhautseite der Oberlippe, an der Stelle wo er zu saugen die Gewohnheit hatte, eine erbsengrosse Warze aufwies. Beide Male Entfernung mit dem Messer und Aetzung des Grundes mit Chromsäurelösung.

(Die ärztliche Praxis 1899 Nr. 18.)

- Formalin bei epithelialen Erkrankungen wandte mit bestem Erfolge an Dr. G. Daniel (Städt. Krankenhaus Bielefeld). Es hat sich ja allmähig herausgestellt, dass Formalin eine ausgezeichnete ätzende und adstringirende Wirkung auf das Epithelgewebe besitzt, und erschien es deshalb besonders geeignet, bei der Behandlung von krankhaften Zuständen, die durch Epithelgewebe bedingt sind oder sich in ihm localisiren, benutzt zu werden. Formalin wurde zunächst nur bei *Warzen* gebraucht, indem es mit Holzstäbchen aufgetragen und ohne Verletzung der Epithelbedeckung fest in letztere eingedrückt wurde. Das ist nahezu schmerzlos, nur wenn wunde Flächen berührt werden, erregt es lebhaftes Brennen. Bei 2—3 tägiger Wiederholung der Aetzung verhärteten sich die weichen, papillomartigen Warzenformen, es trat Schrumpfung ein, und es bildete sich ein dunkler, graugelblicher Schorf, der sich unter mässigem Juckgefühl abstiess, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Letztere Eigenschaft ist vor allem neben

der unbedingten Zuverlässigkeit des Mittels eine Annehmlichkeit, die keines der üblichen Warzenmittel besitzt. Auch Autors Chef, S. R. Dr. Kranefuss erzielte in der Privatpraxis stets vollen Erfolg. So heilte z. B. ein Fall von ausgedehnter multipler Warzenbildung in 4 Wochen, während im Allgemeinen 3—4 Wochen zur völligen Beseitigung dieser oft recht lästigen Verunzierung genügten. Eine gleiche Wirkung wird man auch bei anderen Epitheliomen, Condylomen etc. erwarten dürfen. Nach der Exstirpation eines kleinen *Cancroids* am Labium majus bildeten sich 3 Wochen nach der Operation eine kleine Verhärtung in der Narbe, die, 2mal energisch mit Formalin behandelt, völlig schwand. Vereinzelte Versuche zeigten ferner, dass auch bei *Lupus* und *Sycosis vulgaris* das Verfahren Beachtung verdient.

(Therap. Beilage Nr. 12 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

- **Rapides Verschwinden von adenoiden Vegetationen nach Influenza** beobachtete Chauveau in 3 Fällen (Kinder von 6—13 Jahren betreffend), wo schon die operative Beseitigung der bedeutenden Wucherungen geplant war, als diese durch eine acut einsetzende Influenza gänzlich beseitigt wurden.

(La France méd. 1. IX. 99. —
Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 96.)

- **Exostose infolge eines Unfalls** beobachtete Dr. Heimann (Schwäbisch-Hall). Dem Pat. wurde im Mai 96 *der rechte Oberarm zwischen einer Mauer und einem rollenden Wagen geklemmt*. Sofort erhebliche Schwellung des ganzen Oberarmes nebst Unvermögen, das Ellenbogengelenk zu bewegen, Kribbeln im Bereiche der Radialnerven. Nach 4 Wochen trat Pat., wenn auch von seinen Schmerzen noch nicht völlig frei, in seine Thätigkeit (Müller) wieder ein. Mitte September 98, als Autor ihn wegen einer anderen Krankheit berieth, berichtete er, dass ihn die Schmerzen in jenem Arme eigentlich nie ganz verlassen hätten. In letzter Zeit, namentlich nach anstrengender Thätigkeit, seien sie sehr heftig aufgetreten, sodass er Nachts oft stundenlang nicht schlafen könne. Er fühle ein Kribbeln und Pelzigsein im ganzen Arme, bis hinein in die Fingerspitzen des 3.—5., stellenweise auch des 2. Fingers, und diese selbst seien stets eiskalt anzufühlen; der Daumen allein sei frei geblieben. Besondere Steigerung erführen seine Beschwerden, wenn er den Arm nach hinten bewege. Die Untersuchung ergab eine ödematöse Auftreibung und

bläuliche Verfärbung der genannten Finger und der Hand selbst, die sich auch dem objectiven Gefühle kälter darbietet. An der äusseren Seite des Oberarmes, an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel und in der Furche zwischen zwei- und dreiköpfigem Muskel ein 4 cm langer und etwa 1 cm hoher leistenförmiger Auswuchs am Knochen. Druck auf diese Wucherung, namentlich an ihrer inneren Seite, schmerzhaft, erweckt auch die erwähnten nervösen Störungen in verstärktem Maasse. Autor gab daher sein Gutachten dahin ab, dass die genannten Beschwerden hervorgerufen wurden durch die *zweifelloch durch jene Quetschung entstandene Exostose, welche den Radialnerv umschlösse oder wenigstens streife*, und *operativ* beseitigt werden müsse, solle dem Pat. geholfen werden. Am 23. V. 98 in Narkose Entfernung einer grösseren Exostose, die mit einer schmälere Basis dem Knochen aufsass, und einer kleineren neben dieser, die dem Gefühl nicht zugänglich gewesen (beide mit dem Meissel nach Abhebelung des Periosts). Hart an der inneren Seite des grösseren Auswuchses verlief der Radialnerv, durch dessen leichte Berührungen Zuckungen in seinem ganzen Verbreitungsbezirke hervorgerufen werden konnten, sodass er sich ersichtlich in einem Zustande besonderer Reizbarkeit befand. Leider entsprach der Erfolg nicht den Erwartungen. Schien auch anfangs sich die Sache zu bessern, so liess sich doch *schon nach der 3. Woche im Bereiche der übrigens per primam verheilten Operationswunde eine bretharte Infiltration erkennen, und innerhalb dieser nach weiteren 3 Wochen die Exostose in alter Ausdehnung* unter Rückkehr der früheren nervösen Beschwerden (eine Linderung der letzteren wurde durch den constanten Strom später erzielt). Ist jetzt auch der alte Glaube, dass derartige Exostosen nur sehr langsam wachsen und klein bleiben, durch eine Anzahl von Beobachtungen, wo sie in kurzer Zeit rapid wuchsen, erschüttert, so bleibt doch obiger Fall beachtenswerth wegen der eminenten Proliferationsfähigkeit, wie sie sich hier kund gab. Vielleicht hätte das Periost im Bereiche des Tumors als das wesentlich proliferirende Organ mit extirpiert werden müssen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

Vermischtes.

— Die Verordnungsweisen des Naftalan von Privatdocent Dr. Paschkis (Wien)*):

Pasten: Als Paradigma kann die einfache Lassar'sche Zinkamylumvaselinpasta angesehen werden. Eine in ganz analoger Weise zusammengesetzte, von Fricke angegebene

Zinc. oxyd.
Amyl. aa 10,0
Naftalan. 20,0

entspricht den Anforderungen nicht; sie ist zu dünn, fast flüssig und trocknet nicht ein. Paschkis versuchte deshalb einige andere Zusammensetzungen und eruirte zunächst, welche Quantität Naftalan einzelne Pulver aufnehmen können, ohne die Pulverform zu verlieren. Es zeigte sich, dass aufnehmen

100 Theile	Amylum	1 Theil	Naftalan
100	"	Talcum	2	" "
100	"	Calc. carbonic. praec.	5	" "
100	"	Terr. silic.	20	" "

Eine ausgezeichnete Paste ist:

Zinc. oxyd.
Terr. silic. aa 25,0
Naftalan. 50,0

Dieselbe ist grauweiss, lässt sich leicht in dünner Schichte aufstreichen und hält sich unbegrenzt lange Zeit. Zusätze von Salicylsäure (1—5%), Resorcin, Naphthol können ohne Weiteres gemacht werden. Von weicherer Consistenz, aber ganz brauchbar ist eine Schälpaste:

*) 2. Fortsetzung.

Rp. β -Naphthol. 1,0—5,0
 Sulfur. praec. 10,0
 Terr. silic. 5,0
 Sap. kalin.
 Naftalan. aa 10,0

Andere Pulver in gleicher Menge oder geringere Mengen desselben Pulvers lassen die Pusta wieder zu einer mehr oder weniger weichen Salbe werden, z. B.

Zinc. oxyd.
 Kaolin. aa 25,0
 Naftalan. 50,0
 Ol. Gaulther. gtt. II.

Diese Salbe ist so weich, dass sie ganz gut als Crème verwendet werden kann. Nur der Kieselguhr macht eine Ausnahme, indem schon verhältnissmässig kleine Mengen desselben das Naftalan so binden, dass Pastenconsistenz resultirt. Eine brauchbare Paste ist schon

Zinc. oxyd.
 Terr. silic. aa 1,0
 Naftalan. 10,0

Gerade diese Mischungen geben sehr brauchbare Grundlagen zu vielen in der Dermatotherapie gebräuchlichen Pasten, z. B.

Rp. β -Naphthol.
 Acid. salicyl.
 Recorcin aa 2,5
 Sulfur. 12,5
 Terr. silic. 5,0
 Sap. kalin.
 Naftalan. aa 12,5
 S. Schälpaste.

Der oben angegebenen einfachen Zinkamylumpaste können pulverförmige Heilmittel fast in beliebigen Mengen zugesetzt werden. Auch weiche, auf der Haut leicht zu verreibende Salben, vornehmlich zu kosmetischen Zwecken, Crèmes mit oder ohne Zusatz von Arzneistoffen können mit Naftalan hergestellt werden, z. B.

Amyl. 5,0 (oder Zinc. oxyd.	Acid. boric. 2,5
Talc. venet. 8,0 [2,5)	Amyl. 10,0
Lanolin. 5,0	Ceresin.
Naftalan 10,0	Naftalan. aa 10,0

Alle diese Crèmes sind lichtgrau. Als Desodorisans für Naftalan ist am geeignetsten Ol. Gaulther. (auf 10—15 g Naftalan 1 Tropfen).

(Allgem. medic. Centralztg. 1899 Nr. 77.)

(Fortsetzung folgt.)

- **Vorschrift einer Eucasin-Kalbsbrühe:** 200 g zerschnittenes Kalbfleisch, $\frac{1}{2}$ l Wasser, Suppengemüse, $\frac{1}{2}$ Theelöffel Fleischextract, 2 gestrichene Esslöffel voll Eucasin, 1 gestrichener Esslöffel voll Griesmehl, 1 Eigelb, Salz, Butter. Fleisch, Suppengemüse und Fleischextract werden mit dem kalten Wasser aufgesetzt, $\frac{1}{2}$ Stunde lang gekocht und durch ein Sieb gegossen; dann rührt man das Eucasin und Griesmehl mit etwas Wasser zu einem gleichmässigen Brei an, zerrührt denselben mit der Suppe, giebt ein Stückchen Butter hinzu und kocht auf, bis das Griesmehl gar ist, worauf man mit einem Eigelb abrührt und salzt.

(Zeitschrift für Krankenpflege, October 1899.)

Berichtigung: In dem Artikel von Gernsheim (Excerpta Nr. 4) soll das Recept der „combinirten Naftalansalbe“ lauten:

Rp. Naftalan
Adip. lan. \overline{aa} 100,0
Zinc. oxyd.
Acid. boric. \overline{aa} 10,0

Bücherschau.

— Der von Herrn Med.-Rath Dr. R. Wehmer herausgegebene **Medicinal-Kalender** für das Jahr 1900 ist, zweckentsprechend umgearbeitet und zeitgemäss ergänzt, soeben im Hirschwald'schen Verlage erschienen. In dem I. Theil sind wiederum zur schnellen Orientirung des ordinirenden Arztes praktisch erprobte Receptformeln neu eingefügt. Für den II. Theil, der u. a. die Personalverzeichnisse des gesammten deutschen Reiches in der Eintheilung nach Kreisen und innerhalb dieser nach den Städten enthält, ist eine sonst nirgends gebotene Uebersichtlichkeit und Vollständigkeit (Aerzte, Zahnärzte und Apotheker) erreicht. Im eigensten Interesse mögen hierfür alle deutschen Aerzte ihre zustimmende Unterstützung bethätigen.

— Von Eulenburg's Real-Encyclopädie ist Bd. 21 erschienen (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin), in welchem die Stichworte „Rückenmarkshäute“ bis „Schleimpolypen“ in jener ausgezeichneten Weise, wie wir es bei diesem Werke gewohnt sind, abgehandelt werden. Von bemerkenswerthen Artikeln finden wir in diesem Bande noch: „Rückgratsverkrümmungen“ von Lorenz (über 80 Seiten, 47 Abbildungen), „Ruhr“ von Eichhorst, „Samariter- u. Rettungswesen“ von G. Meyer, „Sanitätswesen des Heeres“ von Tobold (fast 100 Seiten), „Sarcom“ von Birch-Hirschfeld, „Scabies“ von Behrend, „Schädel“ von v. Bardeleben, „Schanker“ von v. Zeissl, Scharlach“ von Fürbringer, „Schlangengift“ von Husemann. — Im gleichen Verlage erschien: „Das neue System der maschinellen Heilgymnastik“ von Dr. M. Herz und Dr. A. Bum. Zahlreiche Abbildungen führen die Herz'schen Apparate vor, die ein abgerundetes System maschineller Heilgymnastik vorstellen; dieselben werden eingehend erklärt, die Indicationen erläutert etc. Das kleine Buch dürfte für jeden Arzt interessant und lehrreich sein.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 6.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

März

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Akne. Einen durch Bierhefe geheilten Fall von A. faciei stellte O. Sersild vor. Pat., ein junges Mädchen, hat seit 5—6 Jahren an A. gelitten. Die Affection, hauptsächlich an Kinn und Wangen localisirt, bestand aus tiefen cutanen, theilweise confluirenden Infiltrationen. Nachdem Pat. längere Zeit mit den gewöhnlichen Mitteln erfolglos behandelt worden, wurde die Behandlung mit Bierhefe eingeleitet, von der sie seit etwa 1 Monat 3—4 Theelöffel täglich in einem Rothweinglas mit Wasser bekommt. Der Erfolg scheint ein recht guter zu sein. Die feste Infiltration der Haut, die früher beide Wangen umfasste, ist verschwunden, die Haut faltig; es haben sich seit Beginn der Cur nur ganz vereinzelte Pusteln entwickelt, ohne umgebende Infiltration, und diese Pusteln entleerten sich spontan. Pat. selbst erklärt das Resultat für überraschend, da der Zustand jetzt besser sei, wie seit vielen Jahren. Unangenehme Nebenwirkungen der Behandlung zeigen sich nicht, ja der

früher träge Stuhl regelte sich von selbst. Wie die Wirkung der Bierhefe bei A. und Furunculose sich erklärt, vermag Autor nicht zu sagen.

(Dänische Dermatolog. Gesellschaft 5. IV. 99. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 48.)

— Einen Beitrag zur Behandlung der A. vulgaris liefert Dr. J. Müller (Wiesbaden). Derselbe plaidirt für den häufigeren Gebrauch medicamentöser *Seifen* bei der Behandlung von Hautkrankheiten, speciell der A. Die Application kann verschieden geschehen:

1. Durch einfaches Waschen mit warmem Wasser.
2. Durch Einreiben und Eintrocknenlassen des Seifenschaumes.
3. Der Seifenschaum wird mit trockenem Tuch eingerieben.
4. Er wird aufgetragen (wie beim Rasiren) und mit wasserdichter Bedeckung fixirt.

Als 5. sehr wirksame Form empfiehlt Autor folgendes Verfahren: Man schabe etwas Seife ab, rühre dieselbe mit wenig lauwarmem Wasser bis zur Consistenz einer weichen Paste an, wodurch man eine schöne und billige Schälpaste erhält. Autor arbeitete nur mit den Stückseifen Eichhoff's, der ja gegen A. 9 Seifen empfahl. Von diesen benutzte Müller hauptsächlich 2, die überfettete *Resorcinsalicylschwefelseife* und die *Schwefelcampherperubalsamseife*; nur hier und da verordnete er der Abwechslung halber auch die *Resorcinschwefelseife* und die *Salicylschwefelseife*. Dagegen vermisst er unter den 9 Sorten gerade diejenige, welche ihm die besten Resultate lieferte, die *Sublimatseife* ($\frac{1}{2}$ und $1\frac{0}{0}$). Unter den 5 Applicationsmethoden wandte Autor vor allem die 1. und 2. gern an. Es ist oft nicht gleichgültig, welche von den Seifen man nimmt. Wo die Comedonen überwiegen, ist die *Schwefelcampherperubalsamseife* am Platze, bei welcher der Campher als starkes Excitans anregend auf den Drüsenapparat wirkt (ähnlich wirkt auch der Perubalsam). Wo Gonorrhö neben der A. und als Ursache derselben vorherrscht, ist *Resorcinsalicylschwefelseife* von vorzüglicher Wirkung; hat man es hauptsächlich mit impetiginösen Begleiterscheinungen, mit Folliculitiden und Perifolliculitiden und dem ganzen Schwarm der secundären Eiterinfection zu thun, dann muss man zur Sublimatseife greifen. Wenn die entzündlichen Erscheinungen sehr heftig sind, lässt Müller neben heißen

Waschungen morgens und abends $\frac{1}{2}$ Stunde lang heisse Umschläge machen, die oft wunderbar wirken. Unter dieser Behandlung sind Incisionen, Stichelungen, Kauterisationen fast ganz überflüssig; Comedonen lassen sich nach ca. acht-tägiger Anwendung der Seifen- und Heisswasserbehandlung leicht ausdrücken. In vereinzeltten Fällen kann man am Tage Seifen, des Nachts eine Resorcinschälpaste anwenden, namentlich wenn die ganze Haut stark verdickt und infiltrirt ist. Für umschriebene Bezirke leistet in solchen Fällen auch Unna's Quecksilberpflaster Vorzügliches; doch glaubt Autor von der gleichzeitigen Anwendung von Hg-Pflaster und schwefelhaltigen Seifen abrathen zu müssen, aus Besorgniss, es könnte eine für die Haut unangenehme Verbindung, Schwefelquecksilber entstehen*).

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. VI. Heft 5)

- Die *A. necrotica (varioliiformis, pilaris)* besprechen Sabouraud und Amabilis. Sie ist ein chronisches, in Anfällen auftretendes Leiden, welches nur an solchen Stellen auftritt, die vorher der Sitz einer mikrobacillären Seborrhoe sind. Die Elemente der Dermatoze bestehen aus kleinen runden Borken, die in der Mitte eine nabelartige Einsenkung aufweisen und von einem Haar durchbohrt sind; fällt die Borke nach einiger Zeit ab, so bleibt eine Narbe zurück, die in allen Stücken der Pockennarbe gleicht. Im Beginn entsteht um das Haar herum ein ganz kleiner brauner Punkt, der sich allmähig zu einer Vesikel entwickelt. Diese hat in der Regel einen Durchmesser von 3 mm, trocknet, ohne zu bersten, in sich ein und wird zur eben beschriebenen Borke. Die Bildung der Vesikel vollzieht sich in 3 Tagen, von da bis zum Abfallen der Borke vergehen mehrere Wochen. Die Borke ist in der Haut eingebettet, wie „eine Linse in ihrer Hülle“. Durch Kratzen gewinnt

*) Der Ref. dieser Arbeit (in den „Monatsheft. f. prakt. Dermatologie“), Dr. Berliner (Aachen) schreibt hierzu: „Thatsächlich ist diese Besorgniss ganz unbegründet, wie wir in Aachen fast täglich Gelegenheit haben, uns zu überzeugen. Die Entstehung von Schwefelquecksilber unter der Anwendung von Schwefelthermen und Quecksilbereinwirkungen haben sich einzelne von uns sonst hochgeschätzte Kollegen vom grünen Tische sehr schön ausgerechnet. In praxi bekommen wir, die wir hier „an der Quelle sitzen“ und ausgedehnte secundäre Erscheinungen unter täglichen Schwefelbädern und Hg-Inunctionen relativ rasch zum Schwinden bringen, von einer solchen für die Haut schädlichen, resp. gegen Lues unwirksamen Verbindung nichts zu sehen.“

der Ausschlag, zumal bei jüngeren Personen, nicht selten ein impetiginöses Aussehen. Die Affection kommt ausser im Gesicht auch in der Regio intermamillaris und interscapularis vor, d. h. an allen jenen Punkten, die auch der Sitz einer Seborrhoea microbacillaris sind. Sie befällt nur Erwachsene, ist äusserst hartnäckig und macht grosse Narben. Der Uebelthäter ist der *Staphylococcus aureus*. Bei der Behandlung kommt es hauptsächlich darauf an, den Boden, auf dem die Dermatose wächst, in Angriff zu nehmen, d. h. die Seborrhoe zu bekämpfen; nur das gewährt Schutz vor Rückfällen. Am besten zerstört man die Epidermis kurz nach einander mehrmals durch eine reizende Salbe, z. B.

Rp. Resorcin
Acid. salicyl. aa 5,0
Vaselin. 30,0

(Annales de Dermat. et de Syphiligraphie 1899 Nr. 19. —
Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 30, Nr. 1.)

Anästhesie, Narkose. Klinische Versuche über die

Wirkung des Dionin (des von E. Merck hergestellten salzsauren Salzes des Aethylmorphins) publicirt Dr. P. Heim (Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien). Das Mittel wurde zumeist in Pulverform, zu 0,02—0,03 pro dosi gegeben, bisweilen in Tropfenform in Combination mit Aqua laurocer.

Rp. Dionin. 0,2
Aq. lauroc. 10,0
S. 2—4 Mal tägl. 15 Tropfen.

Als Pulver wurde es mit Sacch., auch Natr. bicarb., bei Gastralgien infolge von Ulcerationsprocessen auch mit Wismuth zusammen ordinirt:

Rp. Dionin. 0,15
Bismuth. subnitr. 5,0
M. f. pulv.
Divid. in dos. aeq. Nr. X
S. Tägl. 4—5 Pulver.

Auch per rectum applicirt (0,02—0,03 auf 10 cm³ Wasser) oder als Suppositorium (à 0,02 tägl. 2—4 Stück) erwies sich Dionin als wirksam, und zwar stellte sich die Wirkung ebenso rasch ein, wie bei Application per os. In 15—30 Minuten nach Einverleibung Nachlassen der irgendwo

sitzenden Schmerzen (auf 2—4 Stunden), zugleich Euphorie, event. auch hustenmildernder Effect, und oft auch ausgesprochen schlafmachender. Letzterer wurde oft unbeabsichtigt gesehen, später wurde Dionin absichtlich gegeben, wo Schlaflosigkeit infolge grösserer Schmerzen (Neuralgien, peritonealen Reizerscheinungen, Koliken, Ulcus ventriculi, Pleuritis) vorlag (bisweilen bewährte sich vorzüglich Combination von Dionin 0,02—0,03 mit Bromnatrium 1,0—2,0 oder bei Schmerzen neuralgischer Natur mit Phenacetin 0,5). Autor kommt zu folgendem Schluss: „Das Dionin ist ein recht brauchbares Präparat, welches in Bezug auf seine Wirkung etwa in der Mitte zwischen Codein und Morphin steht und eine ausgedehntere Anwendung als Anodynum, Hypnoticum und Sedativum verdient. Eine Angewöhnung scheint nach den bisherigen Erfahrungen nur ausnahmsweise vorzukommen. Unangenehme Nebenwirkungen werden vor allem bei Erkrankungen des Herzmuskels constatirt, während sie sonst meist fehlen. Die Wirkung scheint gleich prompt bei rectaler Darreichung und bei Application per os.“

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

- Gegen Odontalgie empfiehlt Dauchez, wenn es sich um *Caries dentium* handelt, eines der beiden folgenden Medicamente mittelst Wattebäuschchens in die vorher getrocknete Zahnhöhle zu bringen:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,01	Rp. Orthoform.
Menthol.	Acid. carbolic. aa 1,0
Acid. carbolic. cryst. aa 0,1	Camphor.
Ol. Caryophyll. gtt. V.	Chloral. hydrat. aa 4,0
Spirit. camphor. ad 10,0	

(Progrès médical, 20. V. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

- Einen Todesfall bei Aethernarkose erlebte S. R. Dr. Schneider (Landkrankenhaus in Fulda). Es handelte sich um einen 58 jähr. Schneidermeister, der am 13. VI. 99 aufgenommen wurde. Die Untersuchung des mittelgrossen Mannes mit wachsartig blasser Hautfarbe ergab rigide, geschlängelte Frontal- und Temporalarterien, einen etwas gespannten Radialpuls; Lungenemphysem, in dessen Folge kleine Herzdämpfung, Herzschlag herabgerückt, nach aussen; 1. Ton an der Mitralklappe leicht gedoppelt, 2. Aortenton accentuirt; Harn ohne Zucker, Eiweiss 60/0, spec. Gewicht 1016,

zahlreiche gekörnte, hyaline und fettige Cylindere und weisse Blutkörperchen. *Wegen der durch Verstopfung atheromatöser Arterien entstandenen Fussgangrän* wurde am 16. VI. die *Pirogoff'sche Fussamputation* vorgenommen, und zwar wegen der am Herzen und an den Gefässen, sowie an den Nieren bestehenden Veränderungen unter Aethernarkose (frischer, reiner Merck'scher Aether, *Julliard'sche* Maske). Ausser mässigem Rasseln beim Athmen zunächst keine Unregelmässigkeit; Pat. schlief auf 50 g bald ein, es wurden noch einmal während der Operation 50 g aufgeschüttet. Nach Entfernung des Fusses schritt Autor zur Unterbindung der dickwandigen Arterien, welche trotz Umschnürung des Oberschenkels bei jeder Systole eine Spur von etwas dunklem (häufig bei Aether!) Blutes austreten liessen. Plötzlich bemerkte der Narkotiseur etwas Stockung des Athems, nahm die Maske ab und zog den Kiefer vor; das Gesicht war stark cyanotisch geworden. Zugleich bemerkte Autor keinen Blutaustritt aus den Arterien mehr, nachdem das Blut ganz dunkel geworden war; Athem und Herzschlag hatten fast gleichzeitig aufgehört, der Tod war eingetreten. Campherinjection, künstliche Athmung, Herzmassage, Faradisation der Phrenici, obwohl lange fortgesetzt, erfolglos. Sectionsergebniss: Atheromatosis universalis, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Emphysem und starke Stauungshyperämie der Lungen, Pleuraerguss, Stauung und Hydrocephalus internus im Gehirn, Cirrhosis hepatis, Granularatrophie der Nieren. Gurlt zog bekanntlich aus seiner grossen Statistik den Schluss, dass bei Aether der Tod während der Narkose seltener ist, als bei Chloroform, dass aber bei Aether üble Zufälle mit und ohne Tod nach derselben häufiger eintreten, als bei Chloroform. Nach Heusler's Erfahrung (bei 2000 Aethernarkosen) ist die Hauptgefahr beim Aether die Lähmung der Athmung als Vorbote der tödtlichen Herzlähmung, welche sich durch verminderte Frequenz und Oberflächlichwerden der Athembewegungen ankündigt. Selbst bei der eintretenden Apnoë soll das Herz noch fortarbeiten. Es sei dann immer noch Zeit, wenn man die drohenden Erscheinungen bei der Respiration beobachtet, die nöthigen Massnahmen zu treffen, um den Tode vorzubeugen. *Das schnelle Aufeinanderfolgen von Athem- und Herzlähmung gehöre jedenfalls zu den Ausnahmen. Im obigen Falle trat diese Ausnahme ein.* Dass hier zunächst bedrohliche Erstickungsanfälle den Tod veranlassten, ergab die Section,

da sich Pleuraerguss (wenn auch schon vorher bestehend, jedenfalls durch den Zufall vermehrt), Stauungserscheinungen in den Lungen und reichlich viel flüssiges Blut in allen Herzhöhlen fanden. *Aber fast momentan muss diese Stauung im kleinen Kreislauf die Herzlähmung bewirkt haben.* Das *sehr schwache Herz mit starker excentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels bei weit vorgeschrittener Arteriosklerose, Nierenatrophie und Lebercirrhose* sind Momente, welche geeignet waren, auch ohne Narkose und ohne Operation mit den damit verbundenen vorherigen Gemüthsaufreregungen einen plötzlichen Tod bei irgend einem Anlass, wie körperliche Anstrengung, schwere Arbeit, Excess herbeizuführen. Es kann so mancher Fall von Narkosentod erklärt werden, wenn bei herabgekommenen Leuten operirt wird, sodass man im Zweifel ist, ob Shok oder das Narkoticum die Ursache ist. Die Narkose löst eben nur als Gelegenheitsveranlassung den Tod aus, der das Glas zum Ueberlaufen bringt; *der Tod erfolgt nur in der Narkose, nicht durch dieselbe.*

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 52.)

- **Narkose und Irrsinn.** G. H. Savage sprach über diesen Gegenstand, etwa Folgendes ausführend: Die gewöhnlichsten Geistesstörungen, welche man nach der Narkose beobachtet, sind Manie, Stupor, Verwirrtheit. Ausser bei Personen, welche durch Erschöpfung, früheres Irresein oder dgl. stark prädisponirt sind, sieht man nur verschwindend selten Geisteskrankheiten auf diese Weise sich entwickeln. Gewiss ist gelegentlich auch die chirurgische Operation mit ihren Nebenumständen an sich von ätiologischer Bedeutung. Die Art des Narkoticums scheint weniger ausschlaggebend zu sein. Autor hat nach Lachgas (behufs Zahnextraction) eine acute Manie auftreten gesehen. Ferner hat er gelegentlich nach Geburten, bei denen Narkose angewandt wurde, Geistesstörungen beobachtet. Auffallend ist das vermehrte Auftreten von Stupor von mehrwöchiger Dauer nach Operationen an Mastdarm und Blase. Besonders gefährlich ist die Narkose bei Personen, die an recurrentem Irresein leiden. Recidive in directem Anschluss an dieselbe sind hier keineswegs selten. Bei wirklich Geisteskranken dagegen sieht man dadurch keine Verschlimmerung eintreten. Ein Nutzen ist davon aber auch nicht zu erwarten, ausser vielleicht in einzelnen Fällen von grosser Schwäche nach manischer Erregung. — Tyrell erwähnt eine Beobachtung

an einem kleinen Mädchen, das nach zeitweilig klarem Bewusstsein nach der Narkose in einen 3tägigen Stupor fiel. Scharlieb berichtet über eine Dame, welche 2mal nach der Narkose vorübergehend geistesgestört war; einige ihrer Wahnvorstellungen bestehen noch fort. Crouch berichtet über einen Pat., der im Anschluss an eine Betäubung durch Lachgas und Aether wegen einer Zahnoperation heftiges Delirium mit nachfolgender lebenslänglicher Demenz acquirirte. Silk glaubt an einen gewissen Zusammenhang zwischen Delirium nach Aethernarkosen und dem Ausbleiben von Erbrechen; er hat auch verschiedentlich Fälle von Manie im Anschluss an Resektionen des Rectums beobachtet.

(Society of Anæsthetists, 3. XI. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 3.)

Cataracta. C. ist eine nasogene Reflexerkrankung, so behauptet Dr. E. Jonas (Liegnitz) auf Grund einer 20jährigen Beschäftigung mit Nasenkrankheiten. Er fand bei allen Pat. mit C. (16), die er untersuchte, ähnliche Veränderungen an der gleichen Stelle. Ferner ist unter denjenigen verstorbenen oder verzogenen Pat., die an C. gelitten, keiner, von dem Autor jetzt nachträglich nicht sagen könnte, er sei berechtigt, anzunehmen, dass auch ein Nasenleiden vorhanden gewesen sein muss. Endlich erhielt Autor bei verschiedenen Anfragen nach ausserhalb die Antwort, dass der betreffende Starkranke entweder früher wegen eines Nasenleidens ärztlich behandelt worden sei oder wenigstens, dass wohl etwas in der Nase gewesen sein müsse, da Pat. nasal gesprochen, in der Nase verstopft gewesen sei u. dgl. Ein derartiger Zusammenhang ist ja auch gar nicht so befremdend, wenn man an die nahen Beziehungen von Nase und Auge durch Lage, gemeinsame Nerven und Gefässe etc. denkt, und wenn man berücksichtigt, dass auch andere Augenleiden aus Nasenaffectionen resultiren. Eine Linsentrübung kann entweder durch einen auf den N. trigeminus oder auf die Fasern des Sympathicus einwirkenden krankhaften Process in der Nase hervorgerufen werden. Welchen Weg wir für den Reflexvorgang als den wahrscheinlicheren ansehen, oder ob wir überhaupt nur den einen oder den anderen Nerven als Reflexvermittler gelten lassen, das hängt von der Ansicht über die trophischen Nerven ab, d. h. ob man dem Trigeminus trophische Fasern zuspricht oder den Sympathicus hier für allein massgebend erachtet. Letzterer Ansicht ist Autor, der also den *Sym-*

pathicus als Erzeuger der C. ansieht. Seitdem uns die active Theilnahme der Gefässwände bei den verschiedensten physiologischen und pathologischen Processen bekannt ist, müssen wir die Flüssigkeitsansammlungen in den verschiedenen Augenkammern als Product der Gefässe resp. Gefässnerven betrachten. Auch von Linse und Glaskörper werden wir eine andere Entstehung uns kaum vorstellen können. Also auch eine pathologische Veränderung in der Gefässthätigkeit wird wirksam sein müssen, um abnorme Zustände in jenen Organen hervorzurufen, und wir werden die C. als trophische Erkrankung der Linse auffassen können. Nachdem die Nase als Quelle der C. erkannt ist, erscheint es auch erklärlich, weshalb die C. in jedem Alter, auch angeboren vorkommen kann, besonders aber bei älteren Leuten auftritt; Bedingung für Entwicklung der C. ist — abgesehen von Traumen und constitutionellen Leiden — eine langsame Entwicklung der Nasenaffection und das Entstehen der Veränderungen an einem bestimmten Punkte. Besonders häufig ist nun C. bei Diabetes mellitus. *Auch Diabetes ist Folge einer nasogenen Reflexwirkung auf den Gesamtorganismus*, das lehren den Autor seine Erfahrungen. Er fand bei allen seinen Diabetikern gleichmässige derbe Schleimhauthypertrophieen. Diese Fälle betrafen bisher nur Pat., die trotz Zuckerausscheidung seit Jahren sich wohl fühlen, also leichten Diabetes hatten. Da Autor erst einige Wochen Diabetiker daraufhin prüft, und in solch leichten Fällen auch ohne Behandlung der Zuckergehalt des Harns sehr schwankt, kann er vorläufig einen Einfluss der Nasenbehandlung auf den Diabetes nicht sicher genug beurtheilen. Jedenfalls aber gewinnt seine Vermuthung über den Zusammenhang von C. und Diabetes, sowie von Diabetes und Nasenleiden täglich an Sicherheit. Es scheint sich nur bei den Diabetikern, die einen pathologischen Process an der mittleren Nasenmuschel beherbergen, C. zu entwickeln. Dieselbe Stelle ist es, wo überhaupt der Reflexpunkt für C. liegt, d. h. *am vorderen Rande der mittleren Muschel in der Spalte zwischen Muschel und Scheidewand und im Muschelinnern*. In 2 Fällen bestanden nur sehr harte fibromartige Wucherungen der Weichtheile, in allen übrigen neben Schleimhautschwellungen höheren Grades noch Lageveränderungen von Knochen. Entweder war das Nasenbein an dieser Stelle erheblich geknickt, oder es bestand zugleich eine Verschiebung der Muschel, sodass man mit der Sonde kaum

in das Muschelinnere eindringen konnte, oder es war zwar das Nasenbein in normaler Lage, dagegen der Muschelmantel im Ganzen derart geschwungen, dass er in der Mitte sattelförmig eingedrückt war und auch das vordere Ende sich an die äussere Knochenlamelle fest anlegte. Alle Veränderungen riefen den Eindruck hervor, dass sie eine feste Compression auf Gefässe und Nerven daselbst ausübten, sodass eine Verödung derselben resultirte. Zweifelloß dürfte beim ersten Beginn einer C. die Nasenbehandlung Erfolg haben; wie weit das noch später der Fall sein dürfte, müssen weitere Untersuchungen lehren.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 100.)

— Ueber C. bei Feuerarbeitern ist die Litteratur noch sehr spärlich. Schon vor langer Zeit fand man zwar, dass Feuerarbeiter auffallend häufig und früh an C. erkrankten und erblindeten, aber erst neuerdings hat man sich wenigstens etwas genauer mit dieser C. beschäftigt, und besonders mit der C. der Glasmacher, worüber Meyhöfer und auch Hirschberg berichten. Jetzt hat Dr. Pröbsting (Köln) der Sache sein Interesse zugewandt und eine grössere Anzahl von Glasmachern einer rheinischen Glashütte untersucht. Auch er fand hier recht viele mit C. behaftet, und zwar 12% der Gesamtarbeiter (junge und alte), fast 40% (bei Berücksichtigung nur der über 40 Jahre alten). Worin liegt nun das schädliche Moment in dem Glasmachergeschäft? 2 Punkte sind es wohl hauptsächlich, die hier maassgebend sind, zunächst die *colossale strahlende Hitze*, der diese Arbeiter ausgesetzt sind, namentlich die Zuträger, welche die glühende flüssige Masse aus dem Ofen herausholen (nach Meyhöfer durchschnittlich 65° C.). Diese Hitze macht sich auch noch in anderer Weise geltend. So ist die Gesichtshaut, besonders linkerseits, also da, wo die Arbeiter dem Feuer zugewendet sind, oft stark geröthet und auch nicht selten mit Narben behaftet. Am linken Auge beginnt auch fast immer die C., auch ein Beweis dafür, dass die Hitze ein wichtiger ätiologischer Factor ist. Hirschberg hat ja auch auf seinen Reisen in Indien die Erfahrung gemacht, dass dort die meisten Starkranken schon um das 40. Lebensjahr herum operirt werden müssen, dass also der Altersstar unter der Sonnengluth viel früher reift, als bei uns, wo das 60. Lebensjahr gewöhnlich die Staroperation zeitigt. Ein 2. Factor ist die *intensive Schweissentwicklung* jener Arbeiter, die infolge der grossen

Wasserabgabe sehr wohl imstande ist, C. hervorzurufen (wahrscheinlich auch ätiologisch wichtig bei der C. der Diabetiker!). Als drittes, freilich nicht gerade sehr bedeutendes, Moment bezeichnet Pröbsting das *grelle Licht*, in das die Arbeiter beständig sehen (wissen wir doch aus neuester Zeit, dass gewisse Lichtarten eigenartige Veränderungen an epithelialen Gebilden hervorbringen können!). Bestimmtes kann man freilich darüber noch nicht sagen, wie überhaupt über die Entstehungsweise dieser C. der Feuerarbeiter — klinisch verhält sich dieselbe ganz ebenso, wie der Altersstar — noch nicht viel Sicheres gesagt werden kann. Weitere Prüfungen erst müssen zeigen, welche Bedeutung die einzelnen Factoren an sich haben, und erst, wenn man darüber Klarheit hat, wird man an eine wirksame Prophylaxe herangehen können.

(Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege 1899 Nr. 11/12.)

Gonorrhö. Fälle von ungewöhnlicher Lage von Gonokokken beobachtete G. K. Swinburne. Er beschreibt zunächst 2 Fälle von *blennorrhöischer Infection para-urethraler Follikel, die dem Ausbruche der G. vorausging*. Der Pat. in dem einen Falle zeigte bei der 1. Visite am Orificium urethrae, und zwar rechts unterhalb desselben, eine kleine, wie ein Follikelschanker aussehende Pustel. Kein Ausfluss aus der Harnröhre, Eingang der letzteren vollkommen normale Schleimhaut zeigend. Untersuchung des Pustelinhalts ergab Gonokokken. 6 Tage später kam Pat. mit typischer G. wieder. Eine weitere genaue Untersuchung stellte fest, dass die Pustel den Ausgangspunkt eines der Urethra parallelen Ganges bildete, der sich nach hinten und innen fortsetzte und in der Tiefe mit der Harnröhre communicirte. Bei der Behandlung verschwanden die Gonokokken viel eher aus der Harnröhre, als aus diesem Gange. Ein 3. Fall bot das Beispiel von *Infection eines Schleimhautfollikels in der Vorhaut*. Pat. stand am Ende einer frischen, mit Irrigationen von Kal. permang. und Injectionen von Protargol behandelten G., als er an der Innenfläche seiner sehr langen Vorhaut einen etwas erhabenen runden, erbsengrossen Fleck zeigte, der beim ersten Anblick wie ein kleines überhäutetes Ulcus durum aussah. Bei näherer Besichtigung erwies sich derselbe als die verdickte Mündung eines Follikels, aus dem man einen Tropfen Eiter herausdrücken konnte, der Gonokokken enthielt. Wenn die Vorhaut in ihrer gewöhnlichen Position

sich befand, so lag dieser Follikel genau vis-à-vis dem Orificium urethrae. Mittelst einer Pravaz'schen Spritze mit stumpfer Nadel wurden wiederholentlich einige Tropfen einer 5%igen Protargollösung $\frac{1}{2}$ Zoll weit in den Follikel eingespritzt, worauf die Gonokokken nach wenigen Tagen vollständig verschwanden. In einem 4. Falle handelte es sich um *Infection eines Follikels am Frenulum*.

(Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, October 1899. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 12.)

- Ist jede Bartholinitis gonorrhöisch? Veit hat diese Frage bejaht. Zum Beweise dafür, dass dies nicht stimmt, demonstriert Flatau einen in toto exstirpirten *Bartholin'schen Abscess* von einer jungen Frau, die, ebenso wie ihr Mann, nie G. gehabt hat. Sofort angelegte Culturen blieben steril; Deckglaspräparate beweisen ebenfalls die Abwesenheit irgendwelcher Mikroorganismen; der Cysteninhalte bestand lediglich aus Zellendetritus und eingedicktem Secret. Autor nimmt als Ursache des Abscesses *Verstopfung des Ausführungsganges* an, vielleicht auf Grund einer leichten Vulvitis durch mechanische Insulte (sexueller Abusus bei dem jungen Ehepaar).

(Nürnberger medic. Gesellschaft, 2. XI. 99. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 52.)

- An exsudativer Pleuritis erkrankte eine Frau etwa 1 Monat nach Acquiriren einer G., und P. Cardite konnte in der serösen, gelblichen, zellarmen Flüssigkeit sowohl durch Färbepreparat, als auch durch Cultur Gonokokken nachweisen. Nach 3 maligem Ablassen von je ca. 1 Liter Flüssigkeit allmählig Heilung, nach Gesamtdauer der Erkrankung von 3 Monaten.

(Clinic, med. ital. 1899 Nr. 9. — Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

- Zur Behandlung der Epididymitis verwendet man meist die Kälte. Letztere stillt freilich am schnellsten die Schmerzen, allein fast nie geht nach den Erfahrungen von Dr. E. Bender (Wiesbaden) das Infiltrat nach dieser Behandlung ganz zurück, vielmehr bleiben *fibröse Knoten* zurück, die als *Ursache der Sterilität* angesehen werden müssen. Für die Ursache dieser Knotenbildung aber erklärt Bender die Kälteapplication. Er verwendet seit mehreren Jahren *von vornherein Wärme* (Umschläge mittels mit Leinsamenmehlbrei gefüllter Säckchen) mit ausgezeichnetem Erfolge, und er rät, jede, auch die anfangs scheinbar leichteste,

Nebenhodenentzündung im Bette bei entsprechender Hochlagerung des kranken Organs mit solchen heissen Umschlägen zu behandeln, und zwar so lange, bis der Nebenhode auf Druck nur noch wenig empfindlich ist, worauf dann feuchtwarme Umschläge im Suspensorium applicirt werden sollen. Indem man so die schnelligste Resorption des ursprünglichen Exsudats befördert, verhütet man die Bildung jener Knoten.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 Nr. 24.)

Herpes. H. mit seltener Localisation im Verlaufe der croupösen Pneumonie beobachtete Dr. Fr. Kluck-Kluczycki (k. k. Wilhelminen-Spital). Bekanntlich gehört ja H. zum Bilde der croupösen Pneumonie, doch ist es fast ausschliesslich der H. labialis, der hierbei gesehen wird. Nur wenige Ausnahmen sind bekannt. So sah Schwimmer einige Male den H. an Gaumen und hinterer Pharynxwand, Stoicescu 1 mal an der Conjunctiva bulbi, Giraudeau 1 mal am rechten Oberschenkel, Thomas am Anus. Autor führt 2 eigene Beobachtungen an. Das eine Mal handelte es sich um H. *an der Zunge*. Pat. war an rechtsseitiger Pneumonie erkrankt und zeigte dabei typischen H. labialis. Plötzlich bildete sich eine frische Infiltration in der linken Lunge und zugleich erschienen Herpesbläschen an der Zunge. Letztere blieben bestehen, solange die linksseitige Lungenaffection bestand, und als hier die Krisis eintrat, heilte auch der H. ab. Möglicherweise beruhte dieser Parallelismus auf Zufall, auffällig war er sicherlich. Im 2. Falle entwickelten sich 2 Tage nach der Krisis einer Pneumonie zahlreiche Bläschen beiderseits *am Kreuzbein*, einige cm vom Anus entfernt, verschwanden, es bildeten sich frische, wieder symmetrisch, und bildeten sich erst 8 Tage später zurück.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 51.)

— Cocainsalbe gegen den Schmerz bei Herpes zoster wandte Prof. Bleuler (Zürich) vor 10 Jahren einmal an. Zu seiner Ueberraschung verschwanden nicht nur die subjectiven Beschwerden sehr schnell, sondern es trat sofort nach Application des Mittels Rückbildung ein, der Pat. war in wenigen Tagen geheilt. Seitdem applicirte Autor diese Salbe bei einigen 20 Fällen (auch zum Theil recht schweren und ausgedehnten, z. B. im ganzen Ischiadicusgebiet oder an einer handbreiten Zone in der Unterbauchgegend), indem

er 10/10ige Salbe (mit Lanolin und Vaseline aa) in dünner Schicht mit dem Finger vertheilt, dann einen damit bestrichenen Lappen auflegte und durch einen Verband festhielt. *Stets nahmen die Schmerzen sofort ab und waren spätestens in ein paar Tagen verschwunden*, das Umsichgreifen der Krankheit war fast momentan coupirt und vollständige Heilung in 8—10 Tagen erreicht (nur 2 mal Recidive, aber erst nach Jahr und Tag). Wurde einmal die Behandlung ausgesetzt, so trat sofort Verschlimmerung ein, wurden einzelne Parthien unbehandelt gelassen, so machte hier der Process Fortschritte, während die behandelten Stellen rasch heilten.

(Neurolog. Centralblatt 1899 Nr. 22.)

Influenza. Einen Beitrag zur Kenntniss der scharlachähnlichen Influenzaexantheme liefert Dr. B. Sellner (Brünn). Am 7. III. wurde er Abends zu der 15jähr. Pat. gerufen, die 2 Tage vorher mit Schnupfen, Gliederziehen, Halsschmerzen und Frost erkrankt war und Tags darauf bemerkt hatte, dass die rechte Seite des Halses geschwollen war. Status praesens: Kräftig genährtes Individuum. Auf der Haut der Stirn, rechten Wange und des Halses ein klein-maculöses, nicht juckendes Exanthem. Ein ähnlicher Ausschlag auf dem Dorsum beider Hände. Sonst Haut überall normal. Rechts Glandula submaxillaris und Gland. cervicales stark geschwollen, Bewegungen des Kopfes dadurch sehr schmerzhaft. Rachenschleimhaut stark geröthet, Tonsillen geschwollen, mit punktförmigen Belägen versehen, Zunge belegt. Lungen, Herz, Abdomen normal. Puls 100, Temp. 38,9°. Pat. klagt über sehr heftige Schmerzen im Kreuz, den Schultergelenken, Kopfschmerz und Gliederziehen. Ordination: 3 Mal tägl. 0,5 Salophen. 8. III. Gestern und heute je 2 maliges Erbrechen. Auf dem ganzen Gesicht, Hals, vorderen Thoraxseite, Bauchdecken und Armen ein reichliches, dem Scharlach völlig ähnliches Exanthem, das auf den Armen zu grösseren Flecken confluit und auf dem Dorsum manus tief dunkelroth verfärbt ist. Auf dem Rücken Exanthem spärlicher ausgebildet. Temp. 38,5°. 3 Mal tägl. 1 Salophenpulver genommen (davon 1 ausgebrochen). 9. III. Drüsenschwellung auf Priessnitzumschläge zurückgegangen. Kopfschmerz geringer. Exanthem hat den Rücken und die unteren Extremitäten ergriffen und sieht daselbst frisch roth aus, während es auf Thorax und Gesicht braun gefärbt und schon ab-

geblasst ist. Temp. 37,8°. 10. III. Exanthem überall im Abblassen; fieberfrei. 11. III. Exanthem bis auf einige Reste am Thorax verschwunden. 12. III. Exanthem ganz weg. Keinerlei Desquamation. Autor schloss Scharlach von vornherein aus, weil sich das Exanthem zu unregelmässig, sprunghaft entwickelte, der Fall in eine Epidemie von I. fiel und die begleitenden Symptome sehr deutlich auf I. hinwiesen. Obwohl sich das Exanthem schon vor der Salophenordination entwickelt hatte, gab Autor später versuchsweise der Pat. nochmals Salophen, doch mit negativem Erfolge, sodass Salophenexanthem sicher auszuschliessen. Der Fall war der ausgesprochenen Influenzasymptome wegen leicht zu deuten. Nun giebt es aber im Kindesalter Fälle von I., wo die gewöhnlichen Symptome, namentlich alle katarrhalischen Erscheinungen fehlen, wo wir nichts ausser Status febrilis constatiren. Die Kinder erkranken plötzlich mit oder ohne Convulsionen, das Fieber steigt schnell zu bedeutender Höhe und dauert dann continuirlich 3—4 Tage, oder der Anstieg erfolgt langsamer, der Typus ist stark remittirend oder intermittirend, die Dauer 6—8 Tage. Wenn sich zu solchen Fällen ein derartiges Exanthem hinzugesellt, muss die Diagnose natürlich lange, bis zum Eintritt event. Schuppung, in suspenso bleiben. — Wenige Tage später erlebte Autor folgenden Fall: Am 15. III. kam ein 18jähr. Pat., angeblich vor 3 Tagen unwohl geworden mit quälendem Kopfschmerz, Kreuzschmerzen und Schüttelfrost. Erst ein Ausschlag aber, der am 14. III. Abends sich einstellte, trieb den Pat. zum Arzte. Kräftiger Mensch, angeblich Morbilli und Scarlatina überstanden. Gesicht frei von Exanthem, Conjunctiven blass, mässiger Schnupfen. Rachenorgane leicht geröthet. Auf dem ganzen Thorax, auf Abdomen und unteren Extremitäten ein unter Fingerdruck leicht ablassendes, kleinmaculöses Exanthem, das auf dem Abdomen hie und da zu grösseren Flecken confluit. Temp. 37,8°. 17. III. Fieberfrei, Exanthem braun verfärbt, abgeblasst. Keinerlei Schuppung. — Noch einen 3. Fall sah Autor, aber da hatte das Exanthem *polymorphen* Charakter: 6jähr. Kind erkrankt mit Hitze, Kopf- und Halsschmerz, sowie Schmerzen an den Beinen. Conjunctiven blass, Rachenorgane stark geröthet, mit kleinen folliculären Belägen. Submaxillare Drüsen geschwollen. Schnupfen. Ueber den Lungen zerstreute Rasselgeräusche. Auf der Handfläche grosse, juckende, tief violette Plaques, ebensolche in den Ellbogen-

beugen und der Kniekehle. Auf Brust, Rücken, Nates kleinmaculöses Exanthem. Hie und da Herpesbläschen. Temp. 38,8°. Pat. hatte kein Medicament bekommen. Auf indifferente Behandlung schwinden die Symptome. Keine Abschuppung. Hier, wie bei den anderen Fällen hatte *keine stärkere Schweisssecretion* stattgefunden, die ja ebenfalls scharlach- und masernähnliche Exantheme hervorrufen kann.

(Prager medic. Wochenschr. 1899 Nr. 50.)

- Pneumokokken in einem Prostataabscess fand Guillon bei einem Pat., der, an *Gonorrhoe* leidend, noch an I. erkrankte und im Verlaufe der letzteren einen Abscess der Prostata bekam.

(Assoc. franç. d'urologie, October 1899 —
Berliner klin. Wochenschr. 1899 Nr. 51.)

- 2 Fälle von Influenza-Endocarditis sah Dr. L. Zehle (Kaiser Franz Joseph-Spital). Dass der Influenzabacillus in die verschiedensten Organe eindringen und daselbst pathogen wirken kann, wird immer mehr offenbar. Bei eitriger Meningitis hat man ihn schon mehrfach gefunden, Palt auf konnte ihn öfters im Nierenbecken und in der Milz nachweisen, Grassberger obducirte 1897 einen Fall von Pericarditis, bei dem sich neben Streptokokken reichlich Influenzabacillen fanden. Was die beiden Fälle von Endocarditis betraf, so ergab bei dem einen das Culturverfahren Influenzabacillen in sehr reichlicher Menge und Reincultur, in dem anderen mit Staphylokokken vermengt. Im ersten Falle war der 40 jähr. Pat. seit 4 Wochen krank gewesen. Es fand sich eine schwere Endocarditis, welche die hintere, sowie einen Theil der linken Aortaklappe und die dazwischenliegende Commissur betraf und ähnlich den bakteriellen Entzündungen aus einer weichen Masse bestand, jedoch noch zu keiner schweren Zerstörung der Klappe geführt hatte. Im 2. Falle kam es zu einer ebenfalls an den Aortenklappen localisirten, verrucösen Form der Endocarditis, ähnlich jener, welche durch den *Diplococcus pneumoniae* verursacht wird. Während der 2. Fall durch eine schwere acute Influenzabronchitis complicirt war, fehlte diese im ersten Falle vollständig, jedoch liessen sich aus einem alten tuberculösen Herd der linken Lungenspitze sehr reichlich Influenzabacillen züchten. Es handelte sich also in beiden Fällen um eine *rein hämatogene Infection der Herzklappen durch I.* Es steht damit fest, dass die Influenzabacillen in die Blutbahn übergehen, sich am

Klappenapparat festsetzen und vermehren können, wodurch auch die Möglichkeit einer *Metastasenbildung* durch die Blutbahnen gegeben ist, die für die Entstehung secundärer Erkrankungen, z. B. Meningitiden, verantwortlich gemacht werden kann.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 15. XII. 99. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 51.)

Magen- und Darmkatarrhe. Ueber die Behand-

lung der acuten M. der Säuglinge lässt sich Dr. E. Schreiber (Göttingen, Klinik von Prof. Ebstein) aus. Vor kurzem hat wieder Bollinger betont, wie erheblich die Säuglingssterblichkeit zunimmt (z. Z. in Deutschland 22⁰/₀ aller Geborenen!). Grund ist zum grossen Theil, dass heutzutage auch die Frauen der niederen Klassen ihre Kinder nicht selbst stillen. Infolgedessen wird künstliche Ernährung nöthig, die nun ihrerseits, meist wenig zweckentsprechend gehandhabt, die directe Ursache für die M. und damit so häufig Todesursache wird. Auch ist sicherlich besorgniserregend, wenn z. Z. schon ca. 45⁰/₀ der Frauen der unteren Volksschichten an einer Atrophie der Mamma leiden, die nach Bollinger auch in der Aetiologie des Mammacarcinoms keine so unwichtige Rolle spielt. Aerzte verbieten leider auch aus ganz nichtigen Gründen das Stillen. Die Grenzen des Verbotes zu stillen können kaum eng genug gezogen werden! Heubner z. B. erkennt als einzigen triftigen Grund nur die Tuberculose an; andere lassen daneben höchstens noch länger dauernde fieberhafte Processe, Osteomalacie, Nierenkrankheiten, Epilepsie und Geisteskrankheiten gelten. Der Arzt, der diese Grenzen überschreitet, macht sich grober Pflichtverletzung schuldig! Es ist vielmehr eine nicht ernst genug zu beachtende Aufgabe, besonders der Hausärzte: einmal darauf hinzuwirken, dass bei den jungen Mädchen durch falsche Kleidung, wie enge Corsets etc., die Brustdrüsen nicht geschädigt werden, und später durch zweckentsprechende Belehrung die junge Mutter zum Stillen anzutreiben und ihr durch Diätetik und Therapie das Stillen zu ermöglichen. Keins der so massenhaften Ersatzmittel für die Muttermilch entspricht ihr! Ist letztere nicht zu beschaffen möglich, so kann Autor als Ersatzmittel höchstens eine *Albumosemilch* empfehlen, bei der ein Theil des schwer verdaulichen Kuhcaseins durch die leicht verdauliche Albumose ersetzt wird. Da fertige Präparate (Rieth, Löflund) theuer sind, macht man sich solche selbst. Aus abgerahmter Milch lässt man durch Zusatz von Wasser,

Milchzucker und Rahm ein Gemisch herstellen, je nach dem Alter des Kindes verschieden, und der Milch nun, die an sich eiweissarm wäre, Albumose hinzufügen, sodass die fertige Milch folgende Zusammensetzung hat:

Eiweiss . .	2,50%
Fett	3,15%
Milchzucker	4,80%
Asche	0,63%

Die Mischung für die verschiedenen Alter wäre folgende:

	Nr. I. 1-3 Monat	Nr. II. 3-6 Monat	Nr. III. Vom 6. Monat ab
Milch (abgerahmt) . . .	350	480	720
Rahm	300	280	280
Wasser	350	240	—
Milchzucker	20	15	—
Albumose	3,2	2,4	1,6

Man kann sie auch zu Haus bereiten. Man lässt sich die Albumose, die billig ist*), in Pulver für je 1 Liter in der Apotheke abwägen, lässt diese in Wasser (man giesst die Albumose zuerst in den Topf und setzt allmählig unter gutem Umrühren das Wasser zu, da sie sich sonst leicht zusammenballt), löst darin auch den Zucker auf und setzt die entsprechende Menge Milch mit dem schon zugefügten Rahm unter gutem Umschütteln hinzu. Diese recht billige Milch ist leichter verdaulich als gewöhnliche Kuhmilch. Dass man betreffs der Sterilisation, der Zahl und Menge der Mahlzeiten etc. bei der künstlichen Ernährung penibelste Sorgfalt obwalten lassen muss, ist bekannt. Leider wird aber gar zu oft darin gefehlt, und die Folge sind M., die bei an der Mutterbrust befindlichen Kindern wenig zu bedeuten haben und leicht zu beseitigen sind, bei künstlich genährten aber nicht ungefährlich sind und eine complicirte Therapie erfordern, bei der Regelung der Diät wieder eine Hauptrolle spielt. Die *acute Dyspepsie* beginnt mit einer Veränderung der Farbe und Consistenz der Entleerungen; der Stuhl wird entweder erst an der Luft grün oder schon grün entleert, er ist reichlicher, riecht stärker und sieht

*) Bezogen von der chemischen Fabrik auf Actien, vorm. E. Schering (Berlin). Preis ca. 30 Mk. per Kilo.

oft wie „gehöttelt“ aus, d. h. es finden sich weissliche Bröckel in ihm. Das Kind wird unruhig, bekommt gelegentlich auch Convulsionen. Die lebhaft Peristaltik und reichliche Gasentwicklung führt zu geräuschvollen Entleerungen. Der Appetit lässt dann nach, Erbrechen tritt auf, das Körpergewicht bleibt stehen, geht zurück. Therapie: Zunächst Calomel, 2 grössere Dosen ($\dot{\alpha}$ 0,015) und am nächsten Tage noch drei kleinere ($\dot{\alpha}$ 0,005). Darnach Pepsin und Salzsäure:

Rp. Pepsin. 1,0
 Acid. mur. 0,5
 Syr. simpl. 10,0
 Aq. dest. 120,0
 S. 3 stündl. 1 Theelöffel.

Damit kommt man in leichteren Fällen aus. Sind die Entleerungen reichlicher, so giebt man nach dem Calomel Tanninpräparate (Tannopin, Tannalbin, Tannigen etc.), wobei man zur Desinfection noch kleinere Calomeldosen beifügen kann. Magenausspülungen sind nicht nöthig, nur bei sehr hartnäckigem Erbrechen, das auch nicht aufhört, wenn man die Milch ganz fortlässt und durch dünne Kalbsbrühe, Peptonbouillon, Eierwasser oder Thee ersetzt, kann man sie zu Hülfe nehmen. Man lässt die sitzende Mutter das Kind mit der linken Seite auf ihre Beine legen, so dass der Kopf auf dem linken, mit dem sie auf der Erde steht, und die Füsse auf dem rechten ruhen, das sie auf eine Fussbank stellt (durch diese schräge Seitenlage wird am besten ein Verschlucken beim Würgen verhütet). Dann wird die Sonde (Nélaton-Katheter Nr. 19) vorsichtig eingeführt, indem man mit dem Zeigefinger die Zunge etwas herunterdrückt. Nun wartet man, bis das Kind ruhig athmet, senkt den Katheter, um erst den Inhalt zur event. Untersuchung auszuhebern; und jetzt erst setzt man einen Trichter auf den Katheter, durch den man 30—60 cem der körperwarmen Spülflüssigkeit (0,6% Kochsalzlösung oder solche von Acid. boric. 2,5:500,0 oder Resorcin. resublimat. 0,1:500,0) einlaufen lässt. Durch Senken des Trichters lässt man dieselbe wieder abfliessen und wiederholt das, bis die Flüssigkeit klar abfließt (3—4 mal in der Regel). Die Magenspülung ist schon eher nöthig beim *Magendünndarmkatarrh*, der meist Folge einer nicht beachteten Dyspepsie ist und mit leichtem Fieber verläuft; die Stühle werden wässrig, schleimhaltig, das Erbrechen reichlicher, die Pat.

verfallen bald. Falls die Albumosemilch nicht zu beschaffen ist, muss die Kuhmilch etwas stärker verdünnt werden (auch schon bei stärkerer Dyspepsie empfehlenswerth!), bei Kindern über 3 Monaten mit Kindermehl oder Hafer-
schleim, sonst einfach mit Wasser. Tritt keine Besserung ein, so setze man die Milch ganz aus und reiche nur Kalb-
brühe etc. (s. oben), und wird auch das erbrochen (trotz Magenspülung!), so reiche man 1—2 Tage nur kühles Wasser, event. gar nichts. Sobald das Brechen nachlässt, versuche man vorsichtig Milch (aber zunächst eiskalt und esslöffelweise). Medicamentös in leichteren Fällen die gleiche Medication, wie bei Dyspepsie, in schwereren und hartnäckigeren aber nach dem Calomel (12 Stunden nach der letzten Gabe) Argent. nitr. oder Argilla:

Rp. Argent. nitr. 0,1
Tct. Opii simpl. gtt. IV.
Aq. dest. ad 50,0
S. 2 stündl. 1 Theelöffel

Rp. Argill. depur. 1,0
Tct. Opii simpl. gtt. IV.
(s. Tct. Opii benz. 2,0)
Syr. Cinnam. 15,0
Aq. dest. ad 100,0 [derl.
S. 3 stdl. 1 Thee- bis 1 Kin-

Wenn Erbrechen und Durchfall sehr reichlich ist oder schon lange bestehen, kein Calomel, sondern gleich Argilla, daneben hydropathische Umschläge, Einpackungen u. dgl. bei stärkerem Verfall Excitantia, Cognac, Campher (subcutan!), vor allem aber subcutane Kochsalzinfusionen*), mehrmals täglich (jedesmal 50—80 cem 0,6%iger, 37° warmer Kochsalzlösung injicirt man langsam in die seitliche Unterbauchgegend, in die Subclaviculargrube oder zwischen die Schulterblätter). Oft schliesst sich an diese Erkrankungen ein *Dickdarmkatarrh* (Enteritis follicularis) an (sehr reichlich Stühle, aber einzeln gering an Menge, mit schleimig-eitrigen oder blutigen Beimengungen, die stark faulig riechen; starker Tenesmus, Fieber). Therapie: Darmspülungen (man lässt den Pat. etwas schräg an den Beinen in die Höhe heben und in Seitenlage etwa $\frac{1}{2}$ l auf 37° erwärmter 1%iger Tannin- oder 0,1—0,2%iger Salicylsäurelösung langsam durch ein weiches Darmrohr, das vorsichtig möglichst hoch eingeführt wird, einfließen und durch Senken des Trichters wieder abfließen), interu

*) Ein kleines dazu angefertigtes Etui (Mahrt & Horning, Göttingen. Preis 18 Mk.) enthält Hohnadeln, ca. 1 m Gummischlauch nebst kleinen Trichter, in dem Etui selbst sterilisierbar.

Calomel, später Tanninpräparate. Daneben natürlich ebenfalls strenge Regelung der Diät. Bei *Cholera infantum* sistirt man sofort alle Nahrungszufuhr (höchstens Eiswasser oder Thee mit Cognac) auf 2—3 Tage und macht Kochsalzinfusionen, daneben Excitantia (subcutan!), auch Bäder (30—33° R.) mit kühlen Uebergiessungen und feuchte, warme Frottirungen. Uebersteht Pat. den Anfall, so sei man nicht zu voreilig mit der Nahrung, warte lieber 1/2 Tag länger und beginne dann mit Milch, eiskalt, zunächst esslöffelweise, wenn möglich mit einer dünneren Nummer Albumosenmilch, als dem Alter entspricht, erst allmählig gehe man zu der entsprechenden Nummer über. Daneben stets Behandlung eventueller Complicationen.

(Der ärztl. Praktiker 1899 Nr. 21.)

- **Orexin.** tannic. empfiehlt als gut einzunehmendes und leicht verträgliches, gut *appetitanregendes Mittel* Dr. E. Zeltner (Erlangen, Prof. Pentzold'sche Poliklinik). Es wurde 1—2 mal tägl. zu 0,3—0,5 in Pulverform 2 Stunden vor dem Essen gegeben und bewährte sich namentlich bei Phthisis incip., Anämie, Verdauungsstörungen, Nervosität, in der Reconvalescenz, sowie bei Gesunden, welche nach gewissen Speisen Aufstossen, Druck etc. vorher regelmässig bekamen, die aber nach einer Orexingabe nach dem Essen rasch verschwanden.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1899.)

Neuralgien. Prof. G. Klemperer wandte Methylenblau bei Ischias vielfach an und war damit sehr zufrieden. Von 27 Fällen versagte es nur in 8 Fällen, während es 6 mal ausgezeichnet wirkte und das Leiden in 10—15 Tagen beseitigte, in 13 Fällen zwar nicht so rasch die Krankheit zum Verschwinden brachte, aber die Schmerzen bedeutend linderte und den Verlauf erträglich machte. Zu einer Cur waren 60 Gelatine kapseln (à 0,1 Methylenblau medicinale) nöthig, die zu 3—6 Stück täglich gegeben wurden. Nur selten traten leichte Magenbeschwerden ein, einige Male Schmerzen beim Uriniren (lassen sich durch gleichzeitige Verordnung von 0,1 g Semen Myristicae pro dosi prompt beseitigen!). Jedenfalls verdient das Mittel Beachtung.

(Therapie der Gegenwart, November 1899.)

- Gegen die Facialisneuralgien infolge cariöser Zähne empfiehlt Greenbaum:

Rp. Antifebrin. 0,05

Phenacetin.

Coffein. citr. aa 0,1

D. t. dos. Nr. X.

S. 2 stündl. nach Bedarf 1 Pulver.

(Intern. Dental Journ. Mai 1899. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

Pemphigus. Zum Schlusse einer umfangreichen Arbeit über *P. acutus malignus neonatorum* (non syphiliticus) legt Dr. W. Bloch (Berlin, Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Krankenhaus) als Ergebniss seiner Untersuchungen und Beobachtungen folgende Sätze nieder:

1. Der *P. acutus neonatorum* (non syphiliticus) tritt in 2 Formen, einer *benignen* und einer *malignen* auf.

2. Die *maligne* Form, welche in der Mehrzahl der Fälle letal endet, beruht auf einer *septikämischen* Erkrankung; dabei spielt der *Streptococcus pyogenes* die deletäre Rolle; die Eintrittspforte für die Infection liegt nicht klar zu Tage.

3. In *differentialdiagnostischer* Beziehung kommen ausgedehnte Verbrühungen, der *Pemphigus foliaceus* (Cazenave) und die *Dermatitis exfoliativa* (Ritter) in Betracht.

4. Viele Fälle von malignem *P.* werden fälschlicherweise als *P. foliaceus* beschrieben. Viele Fälle von *Dermatitis exfoliativa*, wie sie theilweise von Ritter selbst und vielen Anderen nach ihm als Varietäten der Krankheit geschildert wurden, stellen *nichts anderes dar, als einen P. acutus neonator. malignus*.

5. Die Pemphiguserkrankung gehört keineswegs zu den unschuldigen Krankheiten des Säuglingsalters; ihre grosse Uebertragbarkeit, namentlich durch Hebammen, machen eine *gesetzliche Anzeigepflicht* nöthig.

6. Für die *Therapie* kann bei den benignen Fällen die Anwendung von Salben (1% Salicyl-) Platz greifen. Bei malignen ist bisher nur mit der combinirten Anwendung von Eichenrindenabkochungen und Trockenpulvern (Zink, Talcum) Heilerfolg erzielt worden.

(Archiv f. Kinderheilkunde 1900 Bd. 28 Heft 1/2.)

— *P. vulgaris* mit Pemphigusgeschwüren im Magen beobachtete du Mesnil. Der 67jähr. Pat. gab an, vor 3 Jahren einen ähnlichen Ausschlag über den ganzen

Körper gehabt zu haben, wie jetzt, der nach längerer Zeit spontan abheilte; sonst will er stets gesund gewesen sein, bis vor 4 Wochen, wo der Blasenausschlag von neuem auftrat. Vor 14 Tagen sei ein „Schlaganfall“ hinzugekommen mit Lähmung des rechten Armes und Beines, sowie Verlust der Sprache, die erst seit 4 Tagen allmählig wiedergekehrt sei. Der gut genährte Pat. zeigt auf der Haut des ganzen Körpers, mit Ausnahme des Kopfes, der Hand und Fusssohlen, besonders dicht gesät an der Beuge- und Banchseite, eine Anzahl typischer, stecknadelkopf- bis bohnergrosser Pemphigusblasen. Sichtbare Schleimhäute frei. Rechtsseitige Facialislähmung, rechter Arm und rechtes Bein leicht paretisch; Sensibilität an den gelähmten Theilen herabgesetzt; motorische Sprachstörung, Wortbilderinnerung für bestimmte Worte fehlend; Reflexe normal. Magengegend auf Druck diffus schmerzhaft, gänzliche Appetitlosigkeit. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Unter sich öfter wiederholenden Nachschüben des P., unter Auftreten von Schwindel, Erbrechen, Ohnmachtsanfällen, öfter wiederkehrenden halbseitigen Krämpfen, die in der mimischen Gesichtsmusculatur der rechten Gesichtshälfte begannen, auf die rechte obere und untere Extremität übergriffen und schliesslich den ganzen Körper betrafen, erfolgte nach 14 Tagen Exitus. Bei der Obduction fand sich ein encephalitischer Erweichungsherd in der linken Hemisphäre in der Gegend der hinteren Centralwindung (Rückenmark normal). Am Magen, dicht unterhalb der Cardia, eine 2½ cm lange, 1½ cm breite, oberflächlich ulcerirte, flache Geschwulst (mikroskopisch Drüsenkrebs), ausserdem im Pylorustheil reichlich 1 Dutzend Geschwüre, runde und ovale, ca. ¼—1 cm im Durchmesser, mit ganz scharfen Rändern, wie mit dem Locheisen herausgeschlagen, mit bräunlichem Grunde. Diese Geschwüre unterschieden sich makroskopisch und auch mikroskopisch (vollständiges Erhaltensein der Mucosa bis dicht unter den Drüsenfundus, nur gänzliches Fehlen des Epithels, Geschwürsgrund nichts von entzündlichen Erscheinungen aufweisend, nur erweiterte Gefässe und Lymphräume, ohne wesentliche zellige Infiltrate), so auffallend von gewöhnlichen Erosions- und anderen Geschwüren, dass man sie wohl als Pemphigusgeschwüre aufzufassen hatte, wie solche, freilich recht selten beschrieben worden sind.

Syphilis. Einen Fall von Pseudoparalysis heredosyphilitica stellte Hochsinger vor. Pat., ein 11 Wochen altes Kind, bot eine selten intensive, birnförmig gestaltete Schwellung des unteren Humerusendes bis über die Epiphyse hinaus und gleichzeitig diffuse, schmerzhaft infiltrirte aller die Epiphyse umlagernden Weichtheile excl. Haut dar. Insbesondere waren alle über die Epiphyse hinziehenden Sehnen und Muskeln gleichmässig diffus infiltrirt. *Das lähmungsartige Bild der Extremität ist zu erklären durch die Ausschaltung der Muskelfunction infolge des syphilitischen Infiltrationsprocesses der Muskel- und Sehnenansätze.* Bei Säuglingen ist es eine häufig zu beobachtende Erscheinung, dass sie auf relativ geringe Muskelverletzungen, welche keine palpablen Veränderungen nach sich ziehen, mit vollkommener Einstellung der motorischen Function der ganzen Extremität antworten („Paralyse douloureuse des jeunes enfants“ der Franzosen). Diese Thatsache lässt sich zur Erklärung des Mechanismus der osteochondritischen Pseudoparalyse wohl verwerthen, wenn man annimmt, dass in allen Osteochondritisfällen, selbst bei geringer palpabler Schwellung, dennoch die syphilitische Entzündung von Perichondrium auf die Muskel und Sehnenansätze übergreift und so zur Einstellung der Muskelfunction führt. Dass es sich in solchen Fällen niemals um veritable Lähmungen handelt, wird dadurch bewiesen, dass die Kinder die Finger stets spontan bewegen können. Der demonstrirte Fall zeigt palpable Muskelveränderungen um die erkrankte Epiphyse herum und kann daher als Paradigma für die myopathische Natur der osteochondritischen Pseudoparalyse hereditär-syphilitischer Säuglinge betrachtet werden. — Kaposi fragt an, wie es zu erklären sei, dass es bei hereditär-syphilitischen Säuglingen knapp vor dem Ausbruch des Exanthems mitunter zu Lähmungserscheinungen kommt, die nach der Prorruption wieder verschwinden. Hochsinger führt das auf die bedeutende Vulnerabilität des Säuglingsrückenmarkes zurück; bei sehr vielen Säuglingskrankungen, bei welchen Toxine im Blut circuliren, können die motorischen Wurzeln und auch die Vorderhornzellen in ihrer Ernährung gestört sein; in der letzten Zeit hat Zappert derartige nutritive Störungen des Rückenmarkes bei syphilitischen Kindern mikroskopisch nachgewiesen. Die Pseudoparalyse vor Ausbruch des Exanthems steht wahrscheinlich in Analogie mit den spatischen Zuständen und der Hypertonie der Muscu-

latur, welche auf nutritiven Störungen der Vorderhornzellen beruhen.

(Wiener dermatolog. Gesellschaft 22. XI. 1899 —
Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 50.)

- Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen hat Prof. Dr. Heller (Kiel) schon lange angenommen und er ist immer mehr überzeugt worden, dass dieser ätiologische Zusammenhang der maassgebende ist. Es ist ihm jetzt noch gelungen, auf dem Sectionstische die genaue anatomische Begründung zu erbringen. Es fanden sich Veränderungen, ganz analog denen in anderen Organen bei S., d. h. zahlreiche herdweise oder diffuse Wucherungen, oft mit vielkernigen Riesenzellen zu Nekrose und Umwandlung in zellarmes, schrumpfendes Bindegewebe führend, wonach eingezogene Narben in den Geweben zurückbleiben. Die Entstehung von Aneurysmen aus diesen Veränderungen ist ebenso einleuchtend, wie es schwer begreiflich war, sie aus chron. Endarteriitis abzuleiten. Schon Virchow hat es in seinem Geschulstwerk ausgesprochen: „Wenn es nicht bezweifelt werden kann, dass partielle Herzaneurysmen aus syphilitischer Myocarditis hervorgehen, so wird man die Möglichkeit nicht ablehnen können, dass auch an den Arterien aneurysmatische Aussackungen einen ähnlichen Ursprung haben mögen.“ Heller's Befunde und Ansichten haben von verschiedenen Seiten Bestätigung erfahren, von anderen sind Einwendungen erhoben worden, die aber Heller alle als belanglos zurückweist. Besonders der Einwand, dass in vielen Fällen von Aneurysma weder anamnestisch, noch durch die Section S. nachgewiesen werden konnte, ist durchaus nichtssagend; denn wie häufig werden bei der Section syphilitische Veränderungen gefunden, obwohl die sorgfältigste Anamnese nichts ergeben hatte! Wie häufig wird nur ein einziger luetischer Befund gemacht! Kommt es nicht auch vor, dass die Section keine Befunde ergiebt, obwohl alte abgelaufene S. klinisch zweifellos festgestellt war! Autor leugnet ja nicht, dass *Aneurysmen auch eine andere Aetiologie haben können*, dass es Rupturaneurysmen, embolische Aneurysmen giebt, dass man eine zur Aneurysmenbildung veranlagende Veränderung auch durch andere infectiöse Krankheiten, wie Typhus, Influenza etc., annehmen kann, indem ja diese Affectionen wie in anderen Organen auch in den Arterienwänden gelegentlich durch entzündliche Processe Schädigungen herbeiführen können; alles das leugnet Autor nicht (nur hält er es für sehr unwahrscheinlich, dass wahre Aneurysmen durch

chron. Endarteriitis entstehen, während Ausbuchtungen aus sogen. endarteriitischen Geschwüren, also nach Zerstörung der Intima, wenn auch selten, vorkommen, dann aber eben Aneurysmata spuria sind!), aber die aus *S.* hervorgehenden Aneurysmen der Aorta überwiegen an Zahl zweifellos weit alle anderen, mindestens bei jüngeren Individuen und solchen in den besten Mannesjahren. Man hat bei diesen Kranken, die vor einer Reihe von Jahren *S.* erworben hatten, einen je nach Ausdehnung und Stärke der Erkrankung zwar sehr mannigfaltigen, aber doch ganz charakteristischen Befund an der Aorta. Mikroskopisch ist er durch kleinere oder grössere zahlreiche, den Vasa nutritia folgende Wucherungen mit Riesenzellen gekennzeichnet, durch welche die Media in grösserer oder geringerer Ausdehnung vernichtet wird; die jungen zellreichen Wucherungen wandeln sich dann in schrumpfendes, zellarmes Bindegewebe um; Nekrosen und Obliteration von Vasa nutritia, letzteres besonders in der Adventitia, sind nicht selten. Die Adventitia kann durch die gleichen Wucherungen mehr oder weniger verdickt, starr und geschrumpft sein. Secundär erkrankt meist die Interna in mehr oder weniger ausgedehnter Weise. Makroskopisch ist die seltene reine Form der syphilitischen Aortitis durch mehr oder weniger zahlreiche kleine verdünnte Stellen der Wand mit grubchenförmiger Ausbuchtung gekennzeichnet, deren Umgebung gerunzelt in die Grübchen hineinzieht; meist ist sie von mehr oder weniger ausgedehnten Verdickungen der Intima mit Neigung zur Schrumpfung und Ranzelung begleitet. Diese Verdickungen treten nicht in einzelnen beertartigen Erhebungen, sondern mehr diffus auf, sind derb, schrumpfend, bisweilen einer trockenen Nekrose (Verkäsung?) in scharf umschriebener Form verfallend. Es wird sich nun künftig darum handeln, die Diagnose der beginnenden Aneurysmabildung möglichst frühzeitig zu stellen, damit die antiluetische Therapie, die ja jetzt schon schöne Erfolge aufweist, noch bessere zeitigt; nicht nur Stillstand des Processes ist zu erwarten, sondern auch Förderung der narbigen Schrumpfung und Verdickung der Wand der erkrankten Stellen, wodurch die Widerstandsfähigkeit gegen den Blutdruck erhöht wird.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 50.)

— Ueber eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation macht Dr. R. Kutner (Berlin) eine vorläufige

Mittheilung. In einem geschlossenen Kasten wird Hg-Salbe durch eine geeignete Vorrichtung, die Pat. selbst in Thätigkeit setzen kann, ausgiebig verrieben; hierbei werden, wie bei der üblichen Inunctionscur für das Hg fortwährend neue Oberflächen geschaffen. Allen sich entwickelnden Quecksilberdampf athmet Pat. mittels einer Maske und eines vom Kasten ausgehenden Schlauches ein. Mit den bisherigen Inhalationsmethoden (Weland, Blaschko etc.) hat diese Methode gemeinsam, dass sie im Gegensatz zur Einreibungscur die Haut des Pat. unbertührt lässt und so viele Unzuträglichkeiten vermeidet, sie hat aber vor jenen folgende Vorzüge: während dort der grösste Theil des verdampfenden Hg in die atmosphärische Luft geht, athmet hier der Pat. allen Quecksilberdampf ein, der sich entwickelt; während infolgedessen dort eine Dosirung des eingeathmeten Hg unmöglich ist, gestattet Kutner's Methode fast genaue Dosirung dadurch, dass man eine bestimmte Quantität Hg eine bestimmte Zeit verreiben lässt; während dort die Pat. Tag und Nacht Hg einathmen, wodurch die Entstehung von Stomatitis etc. natürlich begünstigt wird, athmen sie es hier nur kurze Zeit ein, sind überhaupt ausser der halben Stunde, die sie beim Arzt zubringen, jeder Behandlung enthoben. Die wichtigste Frage war aber die: Gelingt es durch die Methode in einem nicht zu langen Zeitraum ein für therapeutischen Zweck hinreichendes Quantum Hg dem Körper zuzuführen? Diese Frage haben Versuche bejahend beantwortet; *bei einer Inhalationsdauer von ca. 1/2 Stunde pro Tag, gelangt soviel Hg in den Organismus, dass sich nach einer Anzahl Inhalationen wägbare Mengen von Hg im Harn nachweisen lassen.* Damit war die therapeutische Verwendbarkeit der Methode dargethan, die dann auch durch die praktischen Versuche, deren Resultate befriedigende waren, noch mehr klargelegt wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 2.)

Tuberculose. Ueber Wirkung und Anwendung des Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane, speciell T., macht Dr. Th. Janisch (medicin. Univers.-Poliklinik Halle a. S.) Mittheilung und leitet u. a. folgende Erfahrungen ab: „Sehr zufriedenstellend sind die bei *Phthisikern* zu erzielenden Erfolge. Die schlafbringende Wirkung des Dionins tritt durchschnittlich prompt ein, selbst bei einzelnen Fällen, die schon, allerdings nur kurze Zeit, kleine Mor-

phiumdosen erhalten haben. In Fällen vorgeschrittener Erkrankung, besonders solchen, bei denen der Kehlkopf erheblich afficirt ist und längere Zeit bereits Morphinum in grösseren Dosen gegeben worden war, liess das Mittel meistens im Stich, selbst durch Tagesgaben von 0,06 bis 0,075 Dionin wurde nur selten Schlaf erzielt. Allgemein wurde von den Pat. anerkannt, dass sie von einem Benommensein des Kopfes nichts verspürten; Uebelkeit oder gar Erbrechen sind nie vorgekommen. In einem Falle wurden die bestehenden Diarrhöen günstig beeinflusst, während andererseits nie über aufgetretene Obstipation geklagt wurde. Je länger die erzielte Nachtruhe war, umso mehr sammelte sich dann natürlich das Secret an, das Morgens leicht expectorirt wurde. Daraus erklärt sich die Angabe mancher Pat., dass sie mehr Auswurf hatten, wie früher. Die Nachtschweisse wurden meist günstig beeinflusst, indem sie seltener oder nicht mehr profus auftraten. Die Brustschmerzen liessen bei geringeren Graden gleich nach, während heftige Schmerzen gemildert wurden. Eine besondere Betonung verdient der vorzügliche Einfluss des Dionins auf die Linderung des Hustenreizes. Bei frischen Phthisen der Lungen sowohl wie des Kehlkopfes, war die Wirkung eine durchaus zuverlässige, in den vorgeschrittenen Fällen von Lungenschwindsucht, auch ohne Larynxbetheiligung, schwächte sich aber nach 3—4 wöchigem Gebrauch die Wirkung ab; in diesen schweren Fällen ist leider das Morphinum nicht zu entbehren.“ Bei einer Reihe von Phthisikern, die intelligenter schienen, wurde wiederholt statt Dionin die gleiche Dosis Codein, ohne dass es die Pat. wussten, angewandt; in manchen Fällen wurde die beruhigende und schlafmachende Wirkung beider Medicamente gleichgestellt, in anderen Fällen zeigte sich Dionin entschieden überlegen. Sehr günstige Erfolge wurden auch erzielt bei *chron. Bronchitis, Emphysem, Asthma*; die früher häufigen asthmatischen Anfälle blieben unter Dioningebrauch 3—4 Wochen aus, die Athmung war leichter. Es scheint, dass für diese Krankheitsformen Morphinum ganz entbehrt werden kann. Für die therapeutische Wirkung des Dionins ist sicherlich der Umstand von grosser Bedeutung, dass das Mittel *die Athemgrösse steigert, also eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Athemcentrums nicht bewirkt*. So behindert es die Expectoration nicht, sondern verbessert sie sogar, sodass es schon deshalb vor Morphinum, das ja die Athemthätigkeit beeinträchtigt, den Vorzug verdient, vor allem

bei Phthisis incipiens, wo eine ausgiebige Lungenventilation von grösster Bedeutung ist. Man giebt Dionin am besten wie Codein, also tagsüber 2—3 mal 0,02 oder Abends 0,03—0,04, etwa nach folgenden Formeln:

Rp. Dionin. 0,5
Syr. simpl. 100,0
D. S. Abends 1 Theelöffel zu nehmen.

Rp. Dionin. 0,3
Rad. et Succ. Liq. q. s.
ut. f. pill. Nr. 30.
S. 3—4 Mal tägl. 1 Pille
oder Abends 2—4 Pillen

Kindern giebt man:

Rp. Dionin. 0,1
Syr. simpl. 100,0
S. Abends 1 Theelöffel, oder
2—3 Mal tägl. $\frac{1}{2}$ Theelöffel.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 51.)

- Einige neue Medicamente in der Phthiseotherapie wandte Dr. J. Pollak (Heilanstalt Alland) an. So das Duotal (Guajacol. carbonic. puriss.), das zu 90% reines Guajacol ist, chemisch gebunden an Kohlensäure, und ein weisses, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver darstellt, das ohne jedwede Beschwerde vertragen wird. Es wurde besonders Pat. gegeben, bei denen infolge von Appetitlosigkeit keine Gewichtszunahmen zu erzielen waren. In den ersten 4—5 Tagen wurde täglich nach dem Mittagessen 0,5 g in einer Dosis (Oblate) gegeben, nachher die Dosis verdoppelt, nach einigen Tagen 1,5 g (in 3 Dosen) pro die verabreicht, endlich bis auf 4—5 g langsam gestiegen. So nahmen das Mittel 32 Pat. (darunter 2 ambulatorisch behandelte) 2 Monate hindurch. In 5 Fällen wurde die Behandlung nach 3 Wochen aufgegeben, da der Appetit sich verschlechterte, in den übrigen Fällen verbesserte sich derselbe erheblich. In den 2 ambulatorischen Fällen war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 1,6 kg. resp. 1,4 kg zu constatiren. 2 Mal sah Autor bei hartnäckiger Obstipation sehr guten Erfolg, indem schon nach 4 wöchentlicher Verabreichung von Duotal regelmässiger Stuhlgang eintrat. 1 Pat. nahm anfangs täglich 1 Dosis von 1 g, nach 4 Tagen 3 g auf einmal, längere Zeit hindurch; er, der früher sehr appetitlos gewesen, ass nach $1\frac{1}{2}$ Wochen gut und nahm in 4 Wochen 3 kg zu. Eine Pat. kam mit 51,4 kg in die Anstalt und nahm 4 Wochen lang nicht zu; es wurde Duotal verordnet, und schon nach

8 Tagen hatte sie 52,7 kg erreicht. Wegen seiner *appetit-erregenden* Eigenschaft ist also Duotal sehr zu empfehlen. — Als *Antipyreticum* wurde das Pyramidon (0,5 g) verabreicht. Dies neue Derivat des Antipyrins *bewährte sich in den meisten Fällen*, indem es die hochfebrile Temperatur entschieden herabsetzte (ohne das Fieber ganz zu bannen). Viele Pat. blieben nur solange afebril, als Pyramidon verabreicht wurde; hatte man dasselbe nur 1 mal weggelassen, trat sofort Fieber auf. In solchen Fällen ist Pyramidon ein werthvolles Hilfsmittel der Therapie, indem es das Bettliegen verhütet. Pyramidon hat vor den anderen Antipyreticis den Vorzug, dass es nie schädigend aufs Herz einwirkt. — Als *hustenlinderndes* Mittel wurde etwa 50 Pat. das Heroin. hydrochloric. gegeben. Meist genügte Abends eine Dosis von 0,005 g, um eine ruhige hustenfreie Nacht zu verschaffen. Auch bei längerer Verabreichung zeigte sich *bei dieser Dosis beim grösseren Theil der Pat. keinerlei unangenehme Nebenwirkung*. Bei 3 Pat. musste freilich das Präparat schon am 3. Tage wegen auftretender Intoxicationerscheinungen (enge Pupillen, schneller kleiner Puls, Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen) ausgesetzt werden. Werden, was kaum nöthig ist, höhere Dosen als 0,01 gegeben, so sind Vergiftungssymptome häufiger. Jetzt bekommen Pat. mit trockenem Husten allabendlich 0,005 g, einige diese Dosis 2—3 Mal täglich, wodurch *Codein und Morphin vollständig ersetzt* werden. In 4 Fällen, wo infolge trockenen Hustens gewöhnlich Morgens und Abends Erbrechen eintrat, wirkte Heroin prompt, während Codein und Morphin versagten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 3).

- Ein neues Guajacolpräparat, das *salzsaure Diaethylglycocoll-Guajacol* hat Prof. Dr. Einhorn (München) experimentell und praktisch geprüft. Es zeigte sich, dass dies Präparat (unter dem Namen „*Guajasanol*“ von den Höchster Farwerken dargestellt) das einzige leichtlösliche Guajacolpräparat ist, welches im Organismus Guajacol abspaltet, dass es eine ganz ungiftige Verbindung ist, nicht ätzt, leicht resorbirt wird und antiseptisch, anästhesirend und desodorisirend wirkt. Es wurde bei Behandlung der *Phthisis* anfangend mit 3 g bis zu 12 g täglich in Oblaten per os oder durch hypodermatische Injection einer concentrirten wässrigen Lösung verabreicht, stets gut vertragen ohne locale oder allgemeine Störungen, der Appetit hob sich

sogar, das Körpergewicht stieg etc. Lungentuberculose wurde günstig beeinflusst, *tuberculöse Larynxgeschwüre* heilten ohne örtliche Behandlung, *tuberculöse Diarrhöen* sistierten prompt. Die recht grossen Dosen, in welchen das Präparat verabreicht werden kann (selbst 3—4 g auf einmal subcutan!), gestatten eben, den Organismus in ganz unschädlicher Weise mit Guajacol zu überschwemmen! — Recht günstig beeinflusst (namentlich was *Desodorisirung* betrifft) wurden auch *Ozaena* (Tamponade mit 10—20%iger Lösung $\frac{1}{2}$ —1 Stunde lang), *jauchige Carcinome*, dergleichen aufgebrochene Sarkome, luetische Knochenulcerationen etc. (Dauerverbände mit 2%iger Lösung), übelriechende *Stomatitis* (Spülungen mit $\frac{1}{2}$ —2% Lösung, Bepinselung mit 5%iger), *Blasenleiden* (0,5—1,0 : 1000,0, bei jauchiger Cystitis stärker, 3 : 1000, und auch intern bis 8 g pro die). Endlich bewährte es sich als Antisepticum und leichtes Anaestheticum bei *Augenaffectionen*, wie oberflächlichen Verletzungen, chron. Conjunctivitis u. dgl. (1%).

(Münchener med. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

— Dass multiple Sklerose nach *Infectionen* bisweilen auftritt, ist bekannt. Auf solche Weise erklären sich Lannois und Pariot das Auftreten des Leidens bei einer 48 jähr. Frau, die eine alte *tuberculöse Entzündung des rechten Schultergelenks* hatte. Es entwickelte sich eine langsam fortschreitende rechtsseitige Hemiplegie, die das Gesicht verschonte, und unter Bulbärscheinungen erfolgte später der Exitus. Bei der Section fand sich multiple Sklerose, die nach Ansicht der Autoren eben im Zusammenhang mit der T. steht.

(Rev. de méd. 1898 Nr. 8 —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

Tumoren. Carcinome der Wirbelsäule bieten der Diagnose oft grosse Schwierigkeiten, wie wieder 2 von Nonne beobachtete Fälle zeigen. Im *ersten* handelte es sich um einen 53 jähr. Herrn. Derselbe bekam $1\frac{1}{2}$ Jahre vor seinem Tode zuerst Schmerzen im Rücken, die auf die Mitte der Wirbelsäule von ihm localisirt wurden und recht heftig und hartnäckig waren. Da der Befund an der Wirbelsäule und auch sonst überall negativ war und Pat. als Neurastheniker angesehen wurde, nahm man die Affection als nervös hin. Nonne sah 6 Monate später den Pat., der nicht kachektisch war, über die gleichen Schmerzen und auch über Magenbeschwerden, wie Anorexie, zeitweises

Erbrechen und Obstipation klagte. Objectiv war Anacidität zu constatiren, an der Wirbelsäule ein flacher Gibbus am Uebergang vom Dorsal- zum Lendentheil. Da keine Arteriosklerose nachweisbar — Pat. war Nichtraucher, stets mässig im Trinken gewesen, syphilitisch nie infectirt — und jedes Zeichen eines Bauchaortenaneurysmas fehlte, diagnosticirte Autor Magencarcinom mit Metastasen in der Wirbelsäule. Diese Diagnose schien sich zu bestätigen, als Pat. im Laufe der nächsten Monate unter heftigen Schmerzen im Rücken, die in Leib und Beine ausstrahlten, kachektisch wurde und dann acut unter den Zeichen einer Blutung in der Bauchhöhle zu Grunde ging. Die Obduction zeigte aber, dass dicht unterhalb des Tripus Halleri ein *Aneurysma der Bauchaorta* vorlag, in dem es in den letzten Tagen zu einer Thrombosirung gekommen war und das in die Bauchhöhle perforirt war. Die hochgradige Arteriosklerose war ausschliesslich auf den Theil der Aorta descendens beschränkt, der vom Tripus bis zur Theilungsstelle in die Iliacae reichte; alle anderen Arterien waren glattwandig, das Herz intact; an Magen und Wirbelsäule keine Anomalieen. Der Gibbus war durch die durch die Schmerzen bedingten Muskelcontracturen zustande gekommen. Im zweiten Falle war der Pat., ein 50jähr. Herr, Arteriosklerotiker und früher luetisch. Er erkrankte an hartnäckiger Obstipation, allgemeinen wechselnden nervösen Beschwerden neurasthenischen Charakters und schliesslich an heftigen Rückenschmerzen, die ihren Höhsitz scheinbar grundlos wechselten. Die Magenuntersuchung ergab zunächst nur Anacidität. Nonne sah den Pat., der bis dahin als „Neurastheniker“ galt, später. Er fand Kachexie und diffuse Empfindlichkeit der Wirbelsäule in ihrer ganzen Länge, und liess die Diagnose offen zwischen Carcinom der Wirbelsäule und Bauchaortenaneurysma, an welches letzteres die erhebliche Arteriosklerose, die Luesanamnese und die Kleinheit der Crural- und Fusspulse denken liessen, endlich auch das Fehlen objectiv nachweisbarer Veränderungen an der Wirbelsäule. Als die Kachexie jedoch rasch zunahm, eine neue Untersuchung des Mageninhalts Anacidität und Milchsäure nachwies, die spontanen Schmerzen in der ganzen Länge der Wirbelsäule, sowie die Druckempfindlichkeit derselben excessiv wurden, musste man *primäres Magencarcinom mit Metastasen in der Wirbelsäule* annehmen. Und so war es auch. Die Krebsmetastasen durchsetzten die sämmtlichen Wirbelkörper, doch war es

nirgends zu einem Zusammenbruch der Wirbelkörper gekommen, die Configuration der Wirbelsäule unverändert geblieben. Die Aorta erwies sich als stark atheromatös, doch nirgends aneurysmatisch erweitert. Die Krebsmetastasen in der Wirbelsäule waren die einzigen des in der Mitte der grossen Curvatur sitzenden Magencarcinoms.

(Biolog. Abtheilung des Aerztl. Vereins zu Hamburg, 7. XI. 99. —
Neurolog. Centralblatt 1899 Nr. 24.)

- Ueber Carcinom der Prostata lässt sich R. Wolff (Berlin, Bethanien) aus. Es entwickelt sich gern bei Pat., die schon längere Zeit an Hypertrophie des Organs litten. Vor allem macht sich Behinderung der Urinentleerung bemerkbar. Manchmal aber nur eine zum Ileus führende Compression des Mastdarms. Zuweilen frühzeitig heftige Schmerzanfälle in der Prostataregion. Objectiv: stete Volumszunahme des Organes, das harte Consistenz und kleinbucklige Oberfläche aufweist. Genaue Untersuchung bimanuell in Narkose! Wird die Harnröhre durch vorgeschrittene krebsige Infiltration comprimirt, so wird der Katheterismus schmerzhaft und der Dauerkatheter schlecht vertragen, Erscheinungen, die stets an Carcinom denken lassen müssen. Regionäre Metastasen hauptsächlich in Samenblase und Harnblase, sonstige in den Lymphdrüsen des Beckens und in Knochen (ausstrahlende Schmerzen im Gebiete des Plexus sacralis!). Häufigere Form die infiltrirende.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1899, Bd. 53 Heft 12.)

- Grüneberg demonstrirt einen Pat., der vor 3 Jahren wegen eines auf traumatischer Basis entstandenen Sarkoms operirt worden war. Bei dem 1883 geborenen Knaben sind keine hereditär verdächtigen Momente nachzuweisen, er selbst ist stets gesund gewesen. Juni 1896 *stiess sich Pat., als er beim Turnen auf einen Barren springen wollte, gegen den Unterleib*, wodurch eine Blutung in den Hodensack hervorgerufen wurde, der um das Doppelte anschwell. Eisblase, Hochlagerung, Ruhe hatten, längere Zeit durchgeführt, ebensowenig Erfolg, wie die vorgenommene Punction, die nur geringe Quantitäten blutiger Flüssigkeit entleerte. Als bis September keine Besserung, sondern eher eine Vergrösserung der Geschwulst auftrat, erfolgte am 10. IX. 96 die Aufnahme ins Spital. Hier wurde eine *harte Schwellung des ganzen, dunkelroth aussehenden, vergrösserten Hodensackes* constatirt, Hoden liessen sich nur ungenau abtasten; Palpation nur wenig schmerzhaft,

Fluctuation nicht nachzuweisen; keine Drüsenanschwellung, gutes Allgemeinbefinden. Bei der Operation zeigte sich ein unregelmässig stark blutig durchsetztes Gewebe, das sich von den Hoden vollkommen glatt, von den Scheiden des Samenstranges nur schwer abpräparieren liess. Naht. Heilung per primam. Die mikroskopische Untersuchung ergab grosszelliges Spindelzellensarkom. Februar 1897 in der Narbe ausgedehnte Infiltrate. Sofortige Entfernung. Dieselbe Structur. Seit dieser Zeit Pat. frei von Recidiven, hat sich körperlich sehr gut entwickelt, ist ein kräftiger Schlosserlehrling geworden. Anfang November 1898 stellte er sich wieder vor, weil er seit 14 Tagen in seinem Hodensack eine kleine Geschwulst bemerkte. Dieselbe wallnussgross, kugelig, prall elastisch, auf Druck nicht schmerzhaft; sie findet sich unterhalb des Leistencanals und zeigt nach keiner Richtung hin Verbindungen; Hoden vollkommen frei; in der rechten Leistenbeuge eine schmerzhafte, haselnuss-grosse Drüse. Exstirpation beider T. In der Hodensackgeschwulst, die blutigseröse Flüssigkeit im Innern enthält, grosszellige Spindelzellen (Drüse: negativer Befund). Heilung per primam. — Zweifellos ist hier die Entstehung des Sarkoms auf das Trauma zurückzuführen, da es ja an der Stelle des Traumas und in unmittelbarem Zusammenhang mit letzterem entstanden ist.

(Altonaer Aerzt. Verein, 6. XII. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

- Eine Milchcyste der Brust bei einem 13jähr. Knaben fand Kirmisson. Pat. hatte 2 Monate vorher einen Stoss gegen die linke Brust erhalten, die sich seitdem vergrösserte. Mamilla eingezogen, vor und in dem Tumor einige vergrösserte Drüsenlappen palpirbar. Geschwulst schmerzfrei. Unter der Diagnose „Blutextravasat“ Punction und Entleerung milchartiger Flüssigkeit. Dieselbe erwies sich bei der Untersuchung als Milch.

(Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, XXV, Nr. 16. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899. Nr. 48.)

Typhus abdom. Die diagnostische Bedeutung der Gruber-Widal'schen Reaction erörtert Prof. Curschmann. Auf Grund von 216 Beobachtungen fasst er seine Erfahrungen folgendermaassen zusammen: Das Serum gesunder und an anderen Krankheiten leidender Menschen ruft die Agglutination der Typhusbacillen in der Bouillon-cultur, wenn überhaupt, doch in viel geringerer Intensität

hervor, als das Typhuskranker, insofern, als relativ sehr viel Serum zur Cultur zugesetzt und lange gewartet werden muss, bis die Reaction eintritt. 1 Theil Blut auf 10 Theile Bouilloneultur verursachen beim nicht Typhuskranken fast nie Agglutination. *Wenn aber bei einer Mischung von 1:40 — 50 Agglutination nach einigen Minuten eintritt, so kann die Diagnose T. als gesichert gelten.* Insofern ist die Methode ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel. Eingeschränkt wird ihre Bedeutung nur dadurch, dass die Reaction gewöhnlich erst in der 2. Krankheitswoche sich zeigt, während sie andererseits die Krankheit selbst erheblich, Monate und selbst Jahre, überdauern kann. Der negative Ausfall der Reaction spricht zwar nicht gegen T., ist aber hier selten in Fällen, die die 1. Krankheitswoche überschritten haben. — In der Discussion weist auch Dr. His jun. darauf hin, dass *die Reaction auch in unzweifelhaften Fällen von T. fehlen kann.* Er hat Fälle beobachtet, welche darauf zu deuten scheinen, dass *eine neben dem T. bestehende Tuberculose die Reaction unterdrückt.* Auch Curschmann leugnet letzteres nicht, betont aber nochmals, dass die Reaction sich in manchen Fällen erst abnorm spät nachweisen lässt. Auf diesbezügliche Anfragen erwidert er, dass *bei Miliartuberculose die Reaction fehlt, und dass für die Frühdiagnose die Roseolenuntersuchung sehr werthvoll ist, da, je frischer die Roseolen, desto leichter in ihnen Typhusbacillen nachweisbar sind.*

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig 7. XI. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 49.)

- Ueber Spondylitis typhosa spricht Dr. Fichtner, einen neuer Fall den bereits publicirten (Quincke, Könitzer) anfügend. Bei einem 22 jähr. Soldaten stellten sich 2 Wochen nach einem schweren T. von neuem abendliche Temperatursteigerungen ein und kehrten in wechselnder Höhe 4 Wochen lang wieder. Keine Typhussymptome. Starke Verstopfung. Nach anfänglicher Euphorie heftige Kreuzschmerzen, die mit dem Nachlass des Fiebers wieder zurückgehen. Der sehr abgemagerte und anämische Pat. war dann 10 Tage fieberfrei und ohne Beschwerden. Hierauf begann eine 2. Fieberperiode von 4wöchentlicher Dauer: Zunächst geringe, dann höhere Abendsteigerungen, dann 8 Tage lang remittirendes Fieber mit Temperaturen von 40° und darüber, schliesslich allmälliger Nachlass. Während dieser ganzen Fieberperiode *ausserordentlich heftige*

Kreuzschmerzen, ferner *Druckempfindlichkeit* und *Schwellung* in der Gegend der rechten Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins. Ferner wurden beobachtet: *Gürtelschmerzen*, Schmerzen in den Beinen, leichte ataktische Erscheinungen, *Verschwinden der Patellarreflexe*. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Anfangs Verstopfung, später mässiger Durchfall. Mit dem Nachlass des Fiebers gingen die Erscheinungen zurück, und der äusserst heruntergekommene Pat. erholte sich langsam. Zurückgeblieben ist eine *totale Steifigkeit der unteren Wirbelsäule*, die nun 3 Monate unverändert besteht. Als charakteristisch für die bisher beobachteten Fälle von typhöser Spondylitis bezeichnet Autor den acut fieberhaften Verlauf, die ungemeine Heftigkeit der Localsymptome, insbesondere der Schmerzen und die Geringfügigkeit der spinalen Erscheinungen. Ferner weist er darauf hin, dass nicht bloss das Periost, sondern auch die Wirbelgelenke und -bänder erkrankt gewesen sein müssen. — In der *Discussion* berichtet Müller über einen in der Curschmann'schen Klinik beobachteten Fall, der nicht unerheblich von dem geschilderten Bilde abwich. Nach einem mittelschweren T. bekam der 28 jähr., schwächliche Pat. zunächst Schwächegefühl und Paraesthesien in den Beinen. Schmerzen in der oberen Brustwirbelsäule mit Gürtelgefühl traten ohne stärkere Fiebererhebungen erst 4 Monate nach dem T. auf, nach einem längeren Marsch auf holprigem Wege. Beim Eintritt in die Behandlung (ca. 1 Jahr nach Ablauf des T.) fand sich lebhafte Schmerzhaftigkeit des 5. Brustwirbels auf Druck, Paraesthesien von den Füßen bis zum Brustkorb, maximale Steigerung der Sehnenreflexe. Pat. konnte sich in schwer spastischem Gang einige Schritte weit schleppen. Blase und Mastdarm frei. In den ersten 4 Beobachtungswochen entschiedene Verschlechterung des Zustandes, dann ziemlich rasche Besserung. Die Paraesthesien schwanden von den Füßen nach oben zu. Bei der Entlassung konnte Pat. $\frac{1}{2}$ Stunde mit einem Stock gehend. Gang noch spastisch, noch Paraesthesie und Herabsetzung des Schmerzgefühls gürtelförmig um die untere Rumpfhälfte. Von den bisher publicirten Fällen unterscheidet sich dieser durch 1. seinen schleichenden Verlauf; 2. die Localisation an der oberen Brustwirbelsäule; 3. das Fehlen stärkeren Fiebers; 4. die intensivere Beteiligung der Medulla spinalis.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 7. XI. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 49.)

Vermischtes.

- Toril ist nach Dr. H. Bremer in München mit einem Gehalt von nur 6,2—6,6% Stickstoff ein stark wasserhaltiges Fleischextract, dem neben Gewürzen über 10% Kochsalz und ca. 15% lösliche Eiweisssubstanz zugesetzt wurde. Es enthält wenig über die Hälfte an Extractivstoffen und natürlichen Salzen des Fleisches, als ihn die nach den Vereinbarungen des Deutschen Reiches unverfälschten gewöhnlichen Fleischextracte mit 9,5—10% Stickstoff besitzen; sein Gehalt an Eiweisssubstanzen ist infolge seines hohen Wassergehaltes, des hohen Kochsalzzusatzes kaum so gross, wie er von Stutzer, Kemmerich u. A. in den gewöhnlichen unverfälschten Fleischextracten bestimmt worden ist. *Die Angaben der Toril-Gesellschaft, dass ihr Extract „die Eiweissstoffe des Fleisches“, oder „alle nährenden Bestandtheile des Fleisches“ enthält, müssen als den tatsächlichen Verhältnissen in der Zusammensetzung des „Toril“ in das Gesicht schlagend bezeichnet werden; denn in der Trockensubstanz des Toril ist die 6fache Menge Mineralstoffe (hauptsächlich zugesetztes Kochsalz), dagegen nur der vierte Theil der Eiweissmenge der Trockensubstanz des Fleisches enthalten. Da die nährenden Bestandtheile des Toril in den Vordergrund gestellt werden, führt B. an, dass mit einem Theelöffel voll dieses Extractes (nach Gebrauchsanweisung) = 5 g, dem Organismus, welcher nach v. Voit 118 g Eiweiss im Mittel pro Tag braucht, ganze 0,75 g des zugesetzten Eiweiss = 4 g Fleisch, zugeführt werden. (Nach den neueren Gebrauchsanweisungen soll sogar nur $\frac{1}{2}$ Theelöffel voll Toril auf 1 Tasse genommen werden, so dass also dem Organismus damit 0,38 g der zugesetzten Eiweisssubstanz, also ca. $\frac{1}{300}$ seines täglichen Bedarfes gegeben werden, das sind die Eiweissstoffe von 2 g Fleisch!)*

(Chem.-Ztg. 87/99. —
Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 91.)

- Seine Erfahrungen mit Nährstoff Heyden publicirt Dr. H. v. Hauschka (Wien, Maria-Theresia-Spital). Das Präparat bewirkte auffallende *Vermehrung des Appetits*, der *Kräftezustand hob sich rasch*, das *Körpergewicht nahm zu*. Bei Anaemien, Schwächezuständen, in der *Reconvalescenz* etc. kann daher Nährstoff Heyden, der stets gut vertragen wurde (nur nicht bei fieberhaften und eitrigen Erkrankungen), warm empfohlen werden.

(Aerztl. Rundschau, Sep.-Abdr. 1899.)

- Beiträge zur Organotherapie liefert Stabsarzt Dr. Burghart (I. medicin. Universitätsklinik in Berlin): *Nebennieren-tabletten* (Merck) wurden in 2 Fällen von *Morbus Addisonii* gegeben, beide Frauen betreffend, deren eine bei der Section tuberculöse Zerstörung beider Nebennieren zeigte, während bei der anderen carcinomatöse Zerstörung einer Nebenniere, Intactheit der anderen sich vorfand. Die letztere Pat. reagierte auf die Tabletten in keiner Weise, weder mit Besserung noch Verschlimmerung, dagegen ging es der tuberculösen Pat., so oft sie einige Tage hindurch die Tabletten nahm, stets erheblich schlechter, insofern, als sich hohes Fieber, Appetitlosigkeit, Prostration einstellte, Erscheinungen, welche mit dem Aussetzen der Medication wieder verschwanden. Die giftige Wirkung der Tabletten in diesem Falle vermag Autor nicht zu deuten. Er fand zwar in den Tabletten sehr zahlreiche Staphylokokken und Bacillen — übrigens ein fast constanter Befund in den Tabletten verschiedenster Art und Herkunft; auch Streptokokken kommen vor — aber die Verfütterung der bacillenhaltigen Tabletten an Thiere liess diese nicht erkranken, und die probeweise Verabreichung desselben Präparats an Phthisiker hatte nicht den geringsten Einfluss auf das Befinden dieser. *Cerebrin* und aus *Medulla spinalis* hergestellte Präparate, bei verschiedenen *Gehirn- und Rückenmarksleiden* gegeben, *Spermininjectionen* bei *Tabes*, *Neurasthenien*, *männlicher Hysterie* applicirt, geschmorte *Milz* oder *Thymus* bei *Chlorose* und verschiedenen *Anämien* verabfolgt, mit negativem Erfolge. Dagegen sah Autor sehr eclatante Wirkung von *Ovarialtabletten* in einem Falle, der praktisch einige Wichtigkeit besitzt: Im März v. J. kam ein 20jähr. Mädchen mit der Klage, es hätte noch nie die *Menses* gehabt. Uebermässige *Fettleibigkeit*, welche die Beweglichkeit und Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigte; habituelle Obstipation, auffällige geistige Be-

schränktheit. Hochgradige Aplasie der Genitalien: Uterus und Ovarien von der Grösse der Organe eines 3—5 jähr. Kindes, Mammæ schwach entwickelt, Mamillæ kaum angedeutet, Pubes sehr spärlich. Gewicht: 158 Pfd. — Oophorin-tabletten (Freund & Redlich), anfangs 3 Mal tägl. 3, später 3 Mal 5. Behandlung (einige Male aus äusseren Gründen Unterbrechungen, 1 mal sogar über 1 Monat) ca. 3½ Monate; in dieser Zeit etwa 1000 Tabletten verbraucht und sehr gut vertragen, ohne Aenderung der Diät, ohne sonstige Therapie. Beginn der Cur Ende März. Gewicht (anfangs 158 Pfd.) am 26. IV. 153,5, am 4. V. 151, am 22. VI. 147, am 30. VI. 144, am 9. VII. (Cur beendet) 142 Pfd. Mit der Abnahme der Fettleibigkeit und der Steigerung der Arbeitsfähigkeit parallel ging die Regelung der Darmthätigkeit, ferner eine unverkennbare Zunahme der Intelligenz, jedoch keine Aenderung des Genitalzustandes; aber aus dem vorher ziemlich unbrauchbaren Geschöpf war ein Mensch geworden, der imstande war, sein Brot selbst zu verdienen! Diese starke Abnahme des Körpergewichts unter Oophorin bei Pat., deren Fettleibigkeit man Grund hat, mit einer pathologischen Veränderung der Thätigkeit der Ovarien in Zusammenhang zu bringen, ist übrigens auch schon andererseits constatirt worden. Schöne Erfolge resultirten auch aus der Medication der *Schilddrüsen-tabletten* resp. *Jodothylin* (Wirkung der beiden ziemlich gleich!). Der eclatanteste Fall von Jodothylinwirkung war der bei einem *operativen Myxoedem*, wo das Jodothylin nicht nur die Schwellung der Unterhaut verschwinden liess, sondern auch den vorher fast vollständig mangelnden Haarwuchs wieder zum Vorschein brachte, die Intelligenz hob, den bösartigen Charakter einem leidlichen Umgangston weichen liess, die Leistungsfähigkeit beträchtlich vergrösserte und schliesslich eine Besserung der Blutbeschaffenheit insofern zur Folge hatte, als die Zahl der rothen Blutkörperchen stieg und der Haemaglobingehalt entsprechend zunahm. Pat. muss allerdings öfters die Cur wiederholen da der Erfolg kein dauernder ist; sie nimmt etwa alle 2 Monate 2—3 Wochen Jodothylin von neuem. Jodothylin wurde ferner angewandt bei einem 28jähr. *fettreichen* Brauereiarbeiter, der an *multipler Sklerose* hohen Grades litt, mit der auch sein Grossvater und ein Onkel behaftet waren. An dieser Affection war er schon im 14. Lebensjahre behandelt worden, sie bestand schon mindestens 1½ Jahrzehnte. Pat. zeigte ausserdem Alba-

minurie, grossen Stupor und einen Wuchs, den man beinahe als *Akromegalie* bezeichnen konnte, gleichzeitig mit einer Schwellung des Unterhautgewebes. Pat. bekam täglich 0,3 Jodothyron während 4 Wochen. In dieser Zeit Gewichtsabnahme 4 Pfd., zugleich Besserung der Albuminurie, des Tremors und Stupors in auffallender Weise (der Tremor wurde vielleicht mehr durch die Ruhe beeinflusst, aber die Hebung der Intelligenz musste dem Jodothyron zugeschoben werden, und auch Verminderung von Albuminurie durch das Mittel beobachteten schon andere). Zur *Entfettung* erhielt ferner ein an Alkoholneuritis Leidender 3mal je 1 Woche hindurch Jodothyron; er war $\frac{1}{4}$ Jahr im Spital, nahm 14 Pfd. ab und ging gebessert weg. Jodothyron wurde ferner in einem Fall von seit langen Jahren bestehender *Psoriasis* gegeben (sonst keinerlei Behandlung!); erhebliche Besserung. Bei *Morbus Basedowii* waren keine positiven Erfolge zu erreichen, ebenso bei *Diabetes* mit den gewöhnlich hier gereichten Präparaten (Pankreas, Leber). Dagegen wurde bei einigen männlichen *fettleibigen Diabetikern* eine fast an Heilung grenzende Besserung mit einem anderen Mittel erzielt. Es brachte nämlich den Autor die Häufigkeit des Manifestwerdens des Diabetes in der Zeit, in welchen nach physiologischen Gesetzen die Potenz zu erlöschen pflegt, sowie die Häufigkeit der Impotenz bei Diabetes überhaupt, ferner die Beziehung, welche die Fettleibigkeit zum Diabetes auf der einen Seite, zum Erlöschen der Geschlechtsthätigkeit auf der anderen Seite besitzt, auf die Idee, *Didyminpräparate* zu verabreichen. Die damit behandelten 3 Pat. (sämtlich einige 50—60 Jahre alt) reagierten auf dies Mittel auffallend gut, trotz gleichbleibender Amylaceenzufuhr sank die Zuckerausscheidung immer mehr, um endlich fast ganz zu verschwinden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 37/38.)

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 7.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von **Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.**

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

April

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Anästhesie, Narkose. Auf ein Zeichen drohender

Asphyxie bei Chloroformnarkose, das bisher nur ungenügende Beachtung gefunden, macht von Neuem Koblanek (Berlin) aufmerksam: auf die *athetotischen Fingerbewegungen*, d. h. eigenthümliche Bewegungen hauptsächlich in den Finger-, manchmal auch in den Handgelenken, die häufig von ungeordneten Augenbewegungen begleitet werden. Mit den willkürlichen Abwehrbewegungen in unvollständiger Narkose ist diese Erscheinung nicht zu verwechseln, sie tritt nur ein bei vollkommen erloschenen Reflexen. Das Symptom zeigt, wenn es auftritt, die Gefahr an; Puls und Athmung sind noch ungestört, die Pupillen eng oder mittelweit (reactionslos). Wird mehr Chloroform gegeben, so tritt bald Asphyxie ein, wird die Maske sofort entfernt, so hören die Bewegungen bei tiefbleibender Narkose bald auf, nur selten kommt es noch zu Athmungs- und Pulsstörungen. Jedenfalls ist, wenn jenes Zeichen von Ueberladung des

Körpers mit Chloroform eintritt, vor weiteren Gaben des Anästheticums dringend zu warnen. — Autor betont auch nochmals die *Wichtigkeit eines bekannten Handgriffs bei eintretender Asphyxie: des directen Vorziehens der Epiglottis mit dem Finger*. Trotzdem dieser Griff mit Recht von manchen Seiten (so von v. Bergmann) als lebensrettend hervorgehoben wird, wird er in den meisten Anleitungen zur Narkose nicht erwähnt. Die Meinung, dass bei der Narkose von Frauen das Vorschieben des Unterkiefers und das Vorziehen der Zunge mit der Zange genügt, um den Eingang in die Trachea frei zu machen, ist ein folgenschwerer Irrthum. Erst wenn die Luftwege vollkommen frei sind, haben die Methoden künstlicher Athmung, von denen sich immer mehr die Maas-König'sche Methode bewährt, Erfolg.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1900 Nr. 1.)

- Den von Koblanck so warm empfohlenen v. Bergmann'schen Handgriff (die Epiglottis direct mit dem Finger vorzuziehen), möchte Dr. Czempin (Berlin) in einem Lehrbuche als häufig anzuwendendes Mittel nicht anrathen. Er selbst hat ihn nie ausgeführt und führt folgendes aus: „Die Menschen welche chloroformirt werden, athmen genau so wie wache Menschen durch die Nase. Hat jemand eine schlechte Nasenathmung oder gar keine Nasenathmung, so muss der Mund geöffnet gehalten werden. Dies genügt aber zuweilen nicht, dann muss auch die Zunge etwas herausgezogen werden, sodass zwischen Zungenrücken und den Zähnen des Oberkiefers ein Raum für die Luftpassage bleibt. Letzteres erreicht man am schonendsten, indem man einen Seidenfaden durch die Zungenspitze näht und die Zunge daran herauszieht. Ist bei freier Nasenathmung die Zunge in tiefster Narkose tief in die Mundhöhle zurückgesunken, sodass die Luft nicht in den Larynx eindringen kann, so wird der chloroformirte Mensch asphyktisch, d. h. er wird tief blau und erstickt, trotzdem er selbst in seiner Betäubung verzweifelte Anstrengung macht, Luft in seinen verschlossenen Larynx zu bekommen. Leider verstehen dies die ungeübten jungen Assistenten nicht, und der unglückliche Kranke erhält meist noch mehr Chloroform, da er „spannt“. In diesem Stadium heisst es schnell den Larynx frei machen. Das erreicht man durch Oeffnen des Mundes mit oder ohne Hilfe des Mundsperrers und Hervorziehen der Zunge mit einem Instrumente. Durch directes

Hervorziehen der Epiglottis geht es sicher auch, aber es geht genau so sicher mit der Zungenzange, ja meist auch durch den Esmarch'schen Handgriff, d. i. Verschieben des Unterkiefers. Hat bei freier Nasenathmung die Zunge Neigung hinterzufallen und den Larynx zu versperren, so muss dauernd, während der ganzen Narkose, der Unterkiefer nach vorn geschoben gehalten werden . . .“ — Autor macht noch auf eine Erscheinung aufmerksam, die er zuweilen bei schwächlichen und verängstigten Frauen sah. Das ist eine *Unregelmässigkeit der Athmung ganz im Beginne der Narkose*. Schon nach den ersten Athemzügen hören die Pat., trotzdem noch alle Reflexe da sind, auf zu athmen, sie „vergessen“ Athem zu holen! Ruft man ihnen laut zu, dass sie Luft holen sollen, so kommt wieder ein Athemzug, dann wieder eine lange ängstliche Pause. Hier ist Vorsicht geboten. Anscheinend handelt es sich um einen ursprünglich willkürlichen, dann aber unwillkürlich sich fortsetzenden Glottisverschluss. Während desselben wird das Herz geschwächt; kommt dann die Athmung in Gang und tritt durch eine dauernd vorgehaltene stark mit Chloroform getränkte Maske mit einem Male ein Uebermass von Chloroform plötzlich in die Lungen, so kann eine acute Giftwirkung auf das Herz Platz greifen. — Endlich erwähnt Autor, dass er bei schwächlichen und bei älteren Pat. mit Vorliebe die *Billroth'sche Mischung* anwendet (Alkohol 1, Aether 2, Chloroform 3 Theile).

(Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 5.)

- Einen Vorschlag bezüglich der Prophylaxis bei der Chloroformnarkose macht Dr. L. Feilchenfeld (Berlin). Derselbe beobachtete wiederholt, dass bei sonst völlig Gesunden Aufregungszustände, die mit Angstgefühlen, Herzklopfen und Pulsbeschleunigung einhergingen, äusserst günstig durch kleine Dosen Strophantus beeinflusst wurden. Ob jene Erscheinungen als rein nervöse oder als primäre Herzmuskelerschaffung zu deuten sind, will Autor unerörtert lassen, sicher ist, dass sie bei Menschen mit schwachem Herzen häufiger auftreten. Solche Erregungen zeigen sich bei vielen Menschen vor jeder wichtigen Handlung (Vortrag, Examen u. dgl.) als Schwindelgefühle, ohnmachtähnliche Zustände, Unruhe, lähmungsartige Schwäche u. s. w. In solchen Fällen sah Autor von der angegebenen Behandlung vortreffliche Wirkung, indem solche Personen nach Gebrauch von Strophanthus ihre Ruhe und Sicherheit durchaus be-

hielten. Nun ist auch jeder, bei dem eine Operation ausgeführt werden soll, in innerer Erregung, in einem Zustand, der für eine Narkose wenig geeignet ist und wohl mehr Beachtung verdient, als z. B. ein alter, gut compensirter Herzfehler. Autor empfiehlt nun, *den Pat. an den beiden letzten Abenden vor der Operation, sowie am Morgen derselben direct nach der letzten Mahlzeit je 5—6 Tropfen Tinct. Strophanthi zu verabfolgen.* Die bisherigen Versuche fielen sehr günstig aus.

(Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 4.)

— Heroin als Anästheticum und Sedativum in der chirurg. Praxis empfiehlt Dr. J. Wiesner (Innsbruck, Klinik v. Hacker), der das Mittel bei 65 Fällen 481mal anwandte und seine vorzügliche Wirkung schätzen lernte. Es steht dem Morphin nicht nach, übertrifft es sogar, indem eine viel kleinere Dosis Heroin die gleiche Wirkung ausübt, wie eine grössere des Morphins. Dabei zeigte Heroin keine üblen Nebenerscheinungen (nur bisweilen Schweißeruption!) und versagte in keinem Falle. Nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde hörte der grösste Schmerz auf oder wurde wenigstens sehr stark abgeschwächt, und die Pat. verfielen in 3—5 stündigen tiefen Schlaf. Heroin wurde injicirt (so schwanden in einem schweren Falle von Trigemini-Neuralgie die qualvollen Schmerzen rasch!), aber auch intern gegeben wirkte es prompt (so schwanden bei einem 4 $\frac{1}{2}$ jähr. Knaben, der wegen Epityphlitis suppurativa operirt wurde, nach innerlicher Verabreichung von 0,0025 Heroin die Schmerzen, es trat guter Schlaf ein). Ueberhaupt wirkte Heroin bei jeder Schlaflosigkeit, auch bei psychischen Aufregungen. Pat., denen es bekannt war, dass sie Tags darauf operirt würden, schliefen nach Injection von 0,005 bis 0,01 die Nacht vorher sehr gut. Ein 71 jähr. marantischer Greis mit Pachymeningitis haemorrhagica interna zeigte einen Symptomencomplex von hochgradiger motorischer Unruhe, Delirien, Verwirrtheit, Tobsuchtsanfällen etc., aber nach Injection von 0,01 Heroin wurde er sofort ruhiger und schlief 3—4 Stunden. Auch in 2 Fällen schwerer Jodoformintoxication (Psychosen) und einigen Fällen von Fieberdelirien die gleiche Wirkung. In der Klinik herrscht die Gepflogenheit, Alkoholikern 10 Minuten vor Beginn der Narkose 0,01 Morphin zu injiciren. In 8 Fällen wurde jetzt Heroin injicirt, mit vorzüglichem Effect: die Narkosen verliefen ruhig, ohne Excitation, bei engen reactionslosen

Pupillen; dabei war die Athmung auffallend tief und verlangsamt. Eine Angewöhnung an das Mittel wurde nicht beobachtet, wenn das Mittel auch monatelang (Schlaflosigkeit infolge Schmerzen) gegeben wurde; allerdings musste die anfängliche Dosis (0,005) später erhöht werden. Man beginne bei internem Gebrauch mit 5—10 Tropfen einer 1⁰/₀igen Lösung von Heroin. mur. (= 0,0025—0,005), bei subcutaner Anwendung mit 0,005, welche Dosis nach einiger Zeit zu verdoppeln ist; über 0,01 pro dosi, 0,03 pro die steige man nicht.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1900 Nr. 3.)

— Ueber seine Erfahrungen mit Heroin schreibt Oberarzt Dr. Witthauer (Halle a./S.): „Das Heroin ist ein viel umstrittenes Mittel, und seit Harnack seine Philippica dagegen veröffentlichte, ist viel dafür und dagegen geschrieben worden, im ganzen sind aber wohl die günstigen Erfahrungen weit überwiegend. Da in den verschiedenen Arbeiten über die pharmakologischen Eigenschaften und physiologischen Wirkungen des Heroins genügend berichtet worden ist, begnüge ich mich mit der Mittheilung der praktischen Ergebnisse. Bemerken will ich nur, dass ich einen ungünstigen Einfluss auf Herz und Athmung in keinem Fall constatiren konnte, obwohl ich es bei Herz- und acuten Lungenkrankheiten anwandte. Ich bediente mich der Bequemlichkeit und Billigkeit wegen in letzter Zeit immer des salzsauren Heroins, welches ich innerlich stets in Lösung mit Aq. laurocerasi verordnete. Das Mittel wurde im allgemeinen gern genommen; nur in einigen wenigen Fällen klagten die Patienten über Uebelkeit, doch handelte es sich dann meist um Leute, die auch Opiate nicht vertragen hatten. Wie alle Autoren übereinstimmend berichten, hat das Heroin eine hervorragend hustenreizstillende Wirkung, und auch ich konnte diesen Einfluss bei Phthisikern, bei Pneumonie und besonders bei Pleuritis feststellen. Am günstigsten war der Erfolg bei der einfachen Tracheitis, wo nur unbedeutender Auswurf zu entleeren war, und hier bezeichneten einige Kranke die Medicin „wirklich als heroisch“. Das Heroin wirkt zuweilen „zu gut“; es unterdrückt den Husten mehr, als man beabsichtigt, und hierin liegt eine Gefahr bei der Anwendung, auf die ich ausdrücklich hinweisen will. In allen Fällen, bei denen viel Secret in den Bronchien angesammelt ist, muss das Heroin viel vorsichtiger als die gebräuchlichen Opiate oder gar nicht gegeben werden. Wird hier der Auswurf durch

Unterdrückung des Hustens zurückgehalten, so ist die natürliche Folge Kurzathmigkeit und grosses Unbehagen. Während ich also bei Laryngitis, Tracheitis, Pleuritis, Pneumonie in den ersten Stadien (wenn Brustschmerzen ein Eingreifen erforderten), den trockenen Formen der Phthisis pulmonum den guten Erfolg fast immer eintreten sah, ist Heroin bei der Bronchitis und Phthise da, wo viele feuchte Rasselgeräusche zu hören sind, dringend zu widerrathen; hier dürfte Morphinum, Codein, Pulvis Doveri mehr am Platz sein. In jedem Fall ist es angezeigt, mit kleinen Dosen von 0,0025 zu beginnen und erst nach dieser Probe auf 0,005 am Tage dreimal zu steigen. Höhere Gaben habe ich selten benöthigt und glaube, dass sie entbehrlich sind. Die schmerzstillende Wirkung erprobte ich zuerst bei den stechenden Schmerzen der Pleuritis, wo ich die Dosis nöthigenfalls auf $\frac{3}{4}$ cg erhöhte. Ob dabei der schmerzstillende oder der hustenlindernde Einfluss maassgebend war, lasse ich dahingestellt. Dass es auch bei Unterleibschmerzen, wenigstens bei den von einfachen Eierstocksentzündungen ausgehenden, von Erfolg war, konnte ich mehrfach beobachten, und überall machte es sich angenehm bemerkbar, dass die Darmthätigkeit nicht gestört wurde und keine Verstopfung eintrat. Bei den Magenschmerzen in Fällen von nervöser Dyspepsie sah ich ebenfalls erhebliche Besserung eintreten. Zufriedenstellend waren ferner die Ergebnisse bei subcutaner Anwendung. Bei Ischias sah ich mehreremale die Schmerzen rasch verschwinden; eine Frau, welche über Schmerzen im Ischiadicus klagte, die von einer Carcinommetastase am Darm, bezüglich Kreuzbein ihren Ausgang nahmen, empfand grosse Erleichterung nach den Einspritzungen, die erst täglich zweimal, dann einmal gemacht wurden. Ein Mann, der infolge einer Myelitis transversa starke Neigung zu Contracturen der Beinmuskulatur zeigte und von sehr quälenden Zuckungen geplagt wurde, bekam jedesmal nach Heroineinspritzungen Ruhe und Schlaf. Bei Kranken mit Miliartuberculose im letzten Stadium mit ewigem Hustenreiz und stechenden Schmerzen vermochte das Mittel die Morphinumjectionen völlig zu ersetzen. Ich begann auch hier stets mit Dosen von 0,0025 und stieg erst, wenn diese nicht wirkten, aber sonst gut vertragen wurden, auf 0,005. Einen beruhigenden Einfluss sah ich bei innerlicher Anwendung in einigen Fällen von chronischer Myokarditis mit Angstgefühlen und Athemnoth, dagegen fand ich das Mittel bei Asthma bron-

chiale bis jetzt wirkungslos. Auch ich komme also zu dem Schlussergebniss, dass das Heroin recht gut wirkt und Empfehlung verdient, dass es aber nicht ungefährlich ist und recht vorsichtig dosirt werden muss. In der Kinderpraxis, z. B. bei Keuchhusten, es zu verwenden, fehlte mir bis jetzt die Gelegenheit; ich würde aber auch bei der einfachen Luftröhrenentzündung jüngerer Kinder das Heroin zunächst nicht verschreiben und hier dem Morphin oder Codein nöthigenfalls den Vorzug geben.“

(Die Heilkunde, Februar 1900.)

Blutungen. Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr bei inneren B. wenigstens für eine Zeit lang empfiehlt Prof. Klemperer. „Pat., welche viel Blut verloren haben, sind gewöhnlich durstig. Wenn die blutenden Gefässe sicher verschlossen sind, wie bei der chirurgischen Unterbindung, ist das Trinken nützlich, weil es zur Ersetzung des Verlustes beiträgt. Wenn aber bei inneren Blutungen nur ein lockerer Thrombus die weitere Blutung verhindert, kann grössere Flüssigkeitsaufnahme durch Erhöhung des Gefässwand-Seitendruckes leicht das Gerinnsel lockern. Auch die Erfahrung scheint zu beweisen, dass vieles Trinken eine kaum gestillte innere Blutung wieder hervorruft, während Enthaltensamkeit die Consolidirung des Thrombus begünstigt. Wir sorgen, dass Pat. die ersten 2—3 Tage nach einer inneren Blutung in 24 Stunden nicht mehr als 1 Liter Getränk zu sich nehmen; quälendes Durstgefühl wird durch Mundspülen mit kühlendem Getränk oder Eis, allenfalls durch Opium oder Codein besänftigt.“

(Die Therapie der Gegenwart 1900 Nr. 1.)

- Salipyrin in der Gynäkologie, besonders gegen Gebärmutterblutungen, ist schon mehrfach empfohlen worden. Jetzt hat auch Privatdoc. Dr. O. Beuttner (Genf) das Präparat versucht und kann den günstigen Einfluss desselben auf Gebärmutterblutungen, wenn keine grösseren anatomischen Veränderungen vorliegen, nur bestätigen. Auch die beruhigende Wirkung bei Menstruationsbeschwerden und anderweitige Genitalblutungen begleitenden Beschwerden bewährte sich. Ganz besonders günstig scheint Salipyrin bei den prämenstruellen und menstruellen psychischen Depressionszuständen zu wirken. Es ist überhaupt indicirt bei:
- 1) Menorrhagien (mit oder ohne Adnexerkrankungen).

2) Metrorrhagieen (mit oder ohne Adnexerkrankungen), wenn es sich nicht um solche bei krebsigen Processen oder grösseren Tumoren und Geburts- und Abortusblutungen handelt.

3) Den klimakterischen Blutungen.

4) Den B. geraume Zeit nach Geburt und Abortus (Endometritis post abortum).

5) Drohendem Abortus.

6) Dysmenorrhö.

7) Uterusstörungen, die mit neuralgischen und periodischen Erscheinungen auftreten; sowie allen Menstruationsbeschwerden, wenn keine schweren Organerkrankungen des Uterus vorliegen.

8) Den prämenstruellen und menstruellen psychischen Depressionszuständen.

Oefters hatten schon kleinere Dosen (1 g pro die) Erfolg; meist musste man 2—3-Mal tägl. 1 g geben, sei es allein oder zusammen mit Opium, Chinin, Campher, Acid. benzoic., Ferratin. Auch mehrere Mittel combinirte Autor bisweilen, so:

Rp. Salipyrin. 0,3
Acid. benz. 0,1
Camphor. 0,05
D. t. dos. Nr. X.
S. 3 Mal tägl. 1 Pulver

Rp. Salipyrin. 0,3
Chinin. sulf. 0,2
Extr. Opii 0,02
D. t. dos. Nr. X.
S. 3 Mal tägl. 1 Pulver

Rp. Salipyrin.
Ferratin. aa 0,7
M. f. pulv.
D. dos. t. Nr. X.
S. 3 Mal tägl. 1 Pulver

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1900 Nr. 2.)

— Sklerose der Uterinarterien als Ursache von Gebärmutterblutungen älterer Frauen glaubt Dr. M. Simonds (Hamburger Allgem. Krankenhaus St. Georg) bestimmt annehmen zu können. „Ich selbst habe bisher nur einen derartigen Fall zu untersuchen Gelegenheit gehabt. College Lomer hatte bei einer 53jähr. Frau wegen andauernder bedrohlicher, durch keinen Eingriff zu beseitigender Menorrhagieen den Uterus entfernt. Ich fand das Organ etwas vergrössert, dass Endometrium intact, die Musculatur ohne nennenswerthen Befund. Hingegen fiel schon makroskopisch die starke Schlingelung und Starrheit der Gefässe auf, und

mikroskopisch waren Wucherungen am Endometrium, hyaline und verkalkte Herde an der Muscularis, Verengerung des Arterienlumens nachzuweisen, kurzum Bilder, welche ich bei der Apoplexia uteri zu sehen gewohnt war. Ich habe daher auch nicht gezögert, in jenem Falle die Sklerose der Uteringefäße für die Ursache der verhängnissvollen B. zu erklären. In welchen Fällen nun die in den klimakterischen Jahren so häufigen Menorrhagieen auf diesen Factor zurückzuführen sind, ist intra vitam wohl kaum zu bestimmen. Die mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Uterusinnenwand wird stets nur über das Verhalten der Mucosa, vielleicht noch angrenzender Muskelfasern Auskunft geben. Die Hauptübelthäter, die sklerosirten Gefäße, sitzen aber in der Tiefe der Uteruswand und entziehen sich demnach ganz unserer Beurtheilung. Eher wird der Nachweis arteriosklerotischer Processe an anderen Körperregionen einen Anhalt geben, während umgekehrt das Fehlen derartiger Symptome nicht verworther werden darf, da oft genug die Gebärmutter der einzige Sitz der Gefäßerkrankung ist. Ganz besondere Schwierigkeiten werden endlich jene Fälle bilden, wo das Vorhandensein von Myomen oder von Veränderungen des Endometrium das Krankheitsbild complicirt. Jedenfalls *hat man bei hartnäckigen Gebärmutterblutungen älterer Frauen nach Ausschluss anderer ätiologischer Momente an die Arteriosklerose zu denken*, und bei der bisweilen beobachteten Ohnmacht aller therapeutischen Massregeln in derartigen Fällen ist die *Entfernung des Organs* als ultimum refugium vollkommen berechtigt.⁴

(Biolog. Abtheilung des Aerztl. Vereins in Hamburg. 10. X. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 2.)

Diphtherie. Ueber einen Fall von D. mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung berichtet Dr. A. Schütze (Institut für Infektionskrankheiten in Berlin). Eine Frau von 25 Jahren erkrankte an D. (bakteriologisch nachgewiesen). Sie wurde nur mit Citronensaftpinselungen, sowie Gurgelwässern behandelt und war nach 1 Woche soweit wiederhergestellt, dass sie das Bett verlassen konnte. 3 Tage nach der Entfieberung und dem fast völligen Ablauf der Erscheinungen am Halse traten Schmerzen und Schwellung im rechten und bald auch im linken Fussgelenk, dann in beiden Kniegelenken, einige Tage darauf im linken Hand- und etwas weniger ausge-

sprochen im linken Ellbogengelenk auf. Zu gleicher Zeit bildeten sich auf der Vorderfläche beider Unterschenkel, etwa in halber Höhe derselben, je ein rother, knötchenartiger, auf Druck nicht verschwindender Fleck, etwa von der Grösse einer Kirsche und von glatter Oberfläche, der sich rasch ausbreitete, am nächsten Tage Thaler- und später Handtellergrösse annahm, und der Pat. schon bei blosser Berührung, namentlich aber auf Druck erhebliche Schmerzen verursachte. Diese circumscribten, über dem Hautniveau hervorragenden Erhabenheiten, welche nicht mit Jucken verbunden waren, aber mit Temperatursteigerungen bis 38,2° C. besonders Abends einhergingen, traten zu gleicher Zeit auch noch an anderen Stellen, vornehmlich im Bereich der unteren 2 Drittel der Unterschenkel, vereinzelt auch handbreit oberhalb der Patellae, auf. Dieselben stellten ziemlich derbe, feste und blaurothe Infiltrationen dar, welche mit Alkoholumschlägen behandelt nach 6 Tagen soweit zurückgingen, dass es der Pat., welche gegen die Gelenkschwellungen Watteeinpackungen und Natr. salicyl. erhalten hatte, wenigstens möglich war, ohne Schmerzen Gehversuche anzustellen. Gleichzeitig mit diesen Erscheinungen waren in der Reconvalescenz reissende Schmerzen in der Hals- und Nackenmuskulatur aufgetreten, durch welche der Pat. freie Bewegungen mit dem Kopfe wesentlich erschwert wurden; sie gingen nach 8 Tagen auf Watteverband und Einreibungen zurück. Der weiche Gaumen erschien beiderseits schwach geröthet, die Tonsillen stark geschwollen, aber nur noch wenig belegt. Drüsenschwellungen fehlten, Herz, Lungen und übrige Organe, sowie der Urin normal. — Man hat derartige Krankheitsbilder oft mit der Serumbehandlung in Zusammenhang gebracht, und es kann in der That nicht geleugnet werden, dass solche Haut- und Gelenkaffectionen nach Injection des Serums vorkommen. Falsch aber ist es dafür *stets* das Serum verantwortlich zu machen, da wie obiger Fall und auch frühere Beobachtungen lehren, die gleichen Affectionen ohne Serumbehandlung eintreten können, also event. *Complicationen der D. selbst sind*.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 49.)

— Einen Fall von symmetrischem Gaumendefect nach D. demonstrirt Dr. A. Bruck. Der jetzt 17jähr. Pat. machte im 2. Lebensjahre eine äusserst schwere D. durch, und auf diese sind, wie die Anamnese unzweideutig ergiebt, die merkwürdigen Veränderungen am Gaumen zurückzuführen,

die man jetzt findet. Man sieht auf beiden Seiten der Uvula, von dieser nach aussen und unten zur Zungenwurzel einen derben rothen Strang ziehen, auf dessen Aussenseite beiderseits ein ziemlich grosses länglich ovales Loch liegt, in welchem die vordere obere Fläche der Tonsille sichtbar wird. Die Stränge stellen nichts anderes dar, als die isolirten Mm. palatoglossi; die vorderen Gaumenbögen zeigen also einen vollkommen symmetrischen Defect, der zunächst die Annahme einer angeborenen Anomalie rechtfertigen könnte. 1857 veröffentlichte Wolters einen Fall von Missbildung am weichen Gaumen, den er als Bildungsfehler auffasste. Wie vorsichtig man mit dieser Annahme sein muss, zeigt eclatant obiger Fall, der dem Wolters'schen wie ein Ei dem anderen gleicht. Die Narben, welche sich nach diphtheritischen (und syphilitischen) Processen am weichen Gaumen bilden, sind vielfach so fein und zart, dass man sie in vivo leicht übersehen kann. Merkwürdig ist, dass bei obigen Pat. die D., die ungewöhnlich schwer war, (Pat. war damals $\frac{3}{4}$ Jahr krank) keine anderen Folgen hatte, als diesen Defect. Denn andere Residuen lassen sich nicht entdecken.

(Berliner medic. Gesellschaft, 29. XI. 99. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 51.)

Emphysema pulmonum. Ein interessantes Symptom

bei einem Pat., der an E. litt, sah Dr. Zain (Wermelskirchen.) Bei gewöhnlicher Expiration tritt jedesmal eine leichte Schwellung oberhalb der Schlüsselbeine auf, bei Hustenstössen aber wölbt sich die ganze untere Halsparthie zwischen Kehlkopf und Schlüsselbeinen kropfförmig vor, und es tritt dann zu beiden Seiten der Luftröhre also je eine gänseeigrosse Geschwulst zu Tage, welche beim Percutiren tympanitischen Schall zeigt und den Hals hier von 31 cm auf 36 cm Umfang bringt; die emphysematösen Lungenspitzen finden hier an der atrophischen Halsmuskulatur keinen Widerstand und wölben sich durch die bei Hustenstössen in sie hineingepresste Luft eben strumaartig vor.

(Die ärztliche Praxis*) 1899 Nr. 20.)

*) Die Red. macht darauf aufmerksam, dass Aehnliches Eichhorst und Friedrich sahen. Ersterer fand in der Oberschlüsselbeingrube sogar eine faustgrosse Vorwölbung der Lungenspitze, letzterer eine hühnereigrosse, hernienartige Vorwölbung in einem Interostalraum.

Erysipel. Ichthyol hat L. Bruck bei 247 Fällen von E. mit Erfolg angewandt, und zwar schmiert er die afficirte Stelle alle 4—6 Stunden mit 15—30 %iger Salbe ein (ohne die Reste abzuwischen). Nach Beendigung der Cur wird das Ichthyol mit Spiritus (70 %) abgewaschen. Nothwendig ist consequente Anwendung! Das Ichthyol muss neben der die Gefässe verengenden Wirkung wohl noch eine die Fehleisen'sche Kokken direct zerstörende haben.

(Eshenadelnik 1899 Nr. 28. —

Revue der Russ. medic. Zeitschrift. 1899 Nr. 10.)

— Zur Behandlung des E. mit antibakteriellen Mitteln macht Dr. M. Heim (Sanatorium Swinemünde) eine Mittheilung. Am meisten hat sich bei E. therapeutisch bewährt die dauernde Application von *Ichthyol*, *Vaselin aa* und Bedeckung mit Salicylwatte. Aber öfters gelingt es damit nicht, dem Fortschreiten der Krankheit entgegenzuarbeiten. Da empfiehlt nun Heim auf Grund vieler günstiger Erfahrungen das von Riedel eingeführte Mittel: *multiple Scarification an der Grenze der Röthung und an der noch nicht entzündeten Haut mit nachfolgender energischer Einreibung einer Sublimatlösung von 1 : 1000*. Wenn man letztere kräftig einreibt, nachdem man etwa 1 cm von der Grenze der Röthung eine fortlaufende Stichelung der Cutis bis ins Unterhautzellgewebe vorgenommen, so wird den Erysipelkokken ein Damm gesetzt, das E. wandert nicht weiter, und die Affection gelangt rasch zur Abheilung. Diese Behandlung ist durchaus keine grausame, sie hat sich auch bei Kindern bestens bewährt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1900 Nr. 3.)

Fremdkörper. Einen Trichobezoar im Magen eines Kindes fand Dr. F. Schopf (Wien, Kaiserin Elisabeth-Spital). Während früher Bezoare nur zufällig bei Sectionen gefunden wurden, sind seit der Ausbildung der Bauchchirurgie bereits bei 7 Fällen Bezoare durch *Gastrotomie* entfernt, und die Pat. geheilt worden. Diesen fügt nun Schopf einen 8. hinzu, der ebenfalls günstig verlief. Am 4. VII. 99 wurde ein 12jähr. Mädchen ins Spital gebracht, welches angeblich seit Herbst 1898 krank war. Sie litt zeitweise an Herzklopfen und Magendrücken, war dabei bei gutem Appetit und vertrug alle Speisen mit Ausnahme von Süßigkeiten, die sie erbrach (wahrscheinlich weil sie davon zu viel ass, sodass Raumbeengung im Magen eintrat!). Von

einer Geschwulst im Bauche merkte sie nichts, erst ein Arzt entdeckte diese und wies sie ins Spital, wo anamnestisch zunächst nichts weiteres zu eruiren war. Entsprechend dem Alter grosses Mädchen, schwächlich, von zartem Teint, *mit rothblonden Haaren*. Brustorgane normal. Bauch wenig gespannt, flach. Im Epigastrium ein harter, quergelagerter, wurstförmiger Tumor von ca. 6 cm Durchmesser, frei verschieblich, auf Druck wenig schmerzhaft, darüber gedämpfter Schall. Milzdämpfung nicht nachweisbar. Blut- und Harnbefund normal. Diagnose: Milztumor. Operation am 8. VII. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass die Geschwulst dem Magen angehörte, und durch einen im Magen freiliegenden Körper bedingt war, indem die Magenwand sich überall über demselben frei emporheben liess. Magen weit verschiebbar, konnte leicht vor die Bauchwunde gebracht werden. Gastropiose. Der Magen wurde durch einen 8 cm langen Schnitt in der Mitte zwischen grosser und kleiner Curvatur eröffnet, wonach man den aus Haaren bestehenden, zu einer festen Masse zusammengebackenen Inhalt sah. Die Geschwulst füllte den ganzen Magen aus und setzte sich mit einem anfangs noch 1 cm dicken, dann immer dünner werdenden Strang ins Duodenum fort, aus welchem derselbe bei der Herausbeförderung der Geschwulst noch in einer Länge von 40 cm herausgezogen werden konnte. Schluss der Magen- und Hautwunde. Auf letztere wurde Acetoncelluloid aufgetropft, welches ein festhaftendes und gut schliessendes Häutchen bildet und in Fällen, wo keine Compression nothwendig ist, jeden weiteren Verband überflüssig macht. Wundverlauf fieberfrei. Die Magenbeschwerden hörten sofort nach der Operation auf, Pat. klagte nur über Hunger und wurde in der 2. Woche bereits reichlich genährt, sodass sie sich rasch erholte und am 30. VII. mit vollkommen geschlossener Wunde entlassen werden konnte. Die Haargeschwulst zeigte getrennt die Form des Magens mit seinen Ausbuchtungen wieder; es liess sich die Cardia, die grosse und kleine Curvatur, der Fundus, die Einschnürung durch den Pylorusring und die Erweiterung hinter demselben erkennen. Die Länge des Tumors betrug an der kleinen Curvatur 18 cm, an der grossen 35 cm, der grösste Umfang am Fundus 26 cm. *Sie bestand aus bis 30 cm langen, roth-blonden feinen Haaren und aus 3 cm langen, stärkeren schwarzen Haaren*, die unter einander und mit den blonden innig verfilzt waren. Die nachträglich von dem Vater er-

hobene Anamnese ergab, dass *Pat. von früher die Gewohnheit hatte, an den Haaren zu nagen und häufig mit einem Hunde spielte* (die schwarzen Haare!). — Bezoare, sei es aus Haaren oder Pflanzenfasern bestehend (Tricho- oder Phytobezoare) kommen bei Thieren häufig vor, bei Menschen sollten sie angeblich nur bei Hysterischen und Geisteskranken zu finden sein, welche perverse Gelüste haben. Nun hat Schönborn in 8 ihm bekannten Fällen keinen Geisteskranken gefunden, und unter weiteren 8 Fällen, die Schopf nach dessen Publication zusammenstellte, ist ebenfalls kein solcher. Dem Geschlecht nach ist das weibliche das bei weitem vorherrschende (unter 16 Fällen nur 1 Junge von 16 Jahren), und zwar überwiegt das jugendliche Alter. Die Geschwülste machen mehr oder weniger gastrische Beschwerden, können aber sehr lange getragen werden (in einem Falle 22 in anderen 16 und 15 Jahre). Der schliessliche Ausgang war Tod durch Inanition oder Perforationsperitonitis. Wesentlich anders gestaltet sich jetzt die Prognose, seitdem die Geschwülste operativ behandelt werden. Seit 1883, wo Schönborn seinen durch Gastrotomie geheilten Fall publicirte, sind 7 weitere Fälle so geheilt worden, während ein achter, wo nicht operirt wurde, an Inanition zu Grunde ging. Für die Diagnose ist vor allem *Erhebung einer genauen Anamnese speciell über üble Gewohnheiten* äusserst wichtig, da die Pat. nur über Magenbeschwerden klagen und objectiv nur ein gewöhnlich sehr beweglicher Tumor im Epigastrium constatirt werden kann. So wurde auch in den meisten Fällen vor der Operation oder Obduction eine Fehldiagnose gestellt, auf Wandermilz, Wanderniere, Magencarcinom, Netztumor, Kothgeschwulst im Dickdarm u. dgl., und nur 3mal die richtige. In einem Falle wurde Trichobezoar erkannt, die Pat. leugnen aber, vor der Operation jemals Haare gegessen zu haben. In einem Falle wurde Wandermilz, von anderer Seite Wanderniere diagnosticirt; Schreiber kam schliesslich zur richtigen Diagnose, indem er durch Aufblähung des Magens durch Brausepulver einen freien Körper im Magen constatiren konnte, welcher durch eine Luftschicht von der vorderen Magenwand getrennt war und durch peristaltische Bewegung des Magens nach links oben ging; als dann die Pat. angab, dass sie seit langer Zeit gern in grösserer Menge Schwarzwurzel (*Scorzonera hispanica*) als Gemüse ässe, stellte er die Diagnose auf Phytobezoar. Während hier also festgestellt werden konnte, dass ein im

Magen frei beweglicher Körper vorhanden sei, ist dies nicht möglich, wenn die Haargeschwulst den Magen mit allen Ausbuchtungen total ausfüllt, die Geschwulst innerhalb des Magens also nicht verschieblich ist. Dies Symptom fiel also bei obigem Falle weg. Dagegen könnte man bei Betrachtung des Präparates, welches die Contouren des Magens getreulich wiedergibt, glauben, dass aus der Form und Gestalt der Geschwulst gesehen werden kann, dass dieselbe dem Magen angehört. Dies ist nun keineswegs so, denn es verhält sich so wie bei der physiologischen Anfüllung mit Speisen. Der Magen, indem er grösser wird, steigt nicht einfach herunter, sondern macht eine Drehung, sodass die grosse Curvatur mehr nach vorn, die kleine mehr nach hinten zu liegen kommt. Ebenso war es bei dem durch die Haare ausgedehnten Magen. Es war nicht die Pfeifenform des Magens palpirbar, indem sich die obere Curvatur durch ihre Lage nach hinten und unter dem Rippenbogen der Palpation entzog und von Schopf die untere Curvatur und der Fundus getastet werden konnte. Diese präsentirten sich aber als querliegender wurstförmiger Tumor. Versuche mit einer Brausemischung wurden bei dem elenden Kinde nicht gemacht. Die Indication zur Operation war durch die Beschwerden und den frei beweglichen Tumor gegeben. Diese freie Beweglichkeit ist ein allen Fällen zukommendes Zeichen. Es kommt gewöhnlich nicht zu Entzündungen in der Umgebung des Magens, daher entstehen keine Adhäsionen. Der Magen behält seine freie Beweglichkeit, ja dieselbe wird durch die Schwere des Fremdkörpers im Magen, der jahrelang getragen wird, sogar grösser, da das Gewicht des angefüllten Magens an seinen Befestigungen permanent zieht, dieselben dehnt, sodass es meist zu Gastropse kommt. Nur wenn Ulceration der Magenschleimhaut und Peritonitis entsteht, (wie es einmal geschah), erfolgt Fixation. Die frühzeitige Diagnose ist von grosser, praktischer Bedeutung. Denn ist erst einmal der F. erkannt, so ist die Indication zur Gastrotomie gegeben, während, wenn nur ein beweglicher Tumor zweifelhafter Provenienz constatirt wird (s. oben), oft kostbare Zeit mit Bandagen, Abführmitteln etc. verloren geht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

- 2 Fälle von alter, in die Blase perforirter Extrauterin-gravidität theilt Hue mit. Die Pat. waren Frauen über 60 Jahren, deren Schwangerschaft also eine ganze Reihe von Jahren

zurücklag. Sie kamen mit *Blasensteinbeschwerden*, eine hatte ausserdem eine Blasenscheidenfistel. In beiden Fällen wurde, da die grossen F. nicht durch die Harnröhre herausgeholt werden konnten, die Sectio alta gemacht. Der Kern der Concremente waren die *Knochen der Foeten*.

(Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, XXV, Nr. 26. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 48.)

- Eine Murre, welche 7 Monate im Nasenrachen eines 4½ jähr. Knaben gesessen, demonstrierte Dr. Derenberg. Der F. hatte zunächst keinerlei Symptome gemacht. Es war im October v. J. nebst 2 anderen gleichen Kugeln verschluckt worden, welche letztere sofort die Mutter mit den Fingern herausbeförderte, während sie die 3. nicht mehr entdeckte. Pat. wurde wegen Nasenverstopfung im April in die Kgl. Poliklinik für Hals- und Nasenleiden gebracht, wo Wucherungen im Nasenrachen constatirt und mit dem Gottstein'schen Messer entfernt wurden. Beim Gurgeln nach der Operation warf der Knabe die Murre aus, die bis dahin dem untersuchenden Finger weder vor noch nach der Operation bemerkbar, in der Choane eingekleilt gewesen sein musste. Sie zeigte recht beträchtliche Grösse.

(Berliner Laryngolog. Gesellschaft, 23. VI. 99. — Berliner klin. Wochenschr. 1899 Nr. 51.)

Intoxicationen.

Ueber Jodödem des Kehlkopfes lässt sich Dr. G. Avellis (Frankfurt a. M.) aus: Er selbst veröffentlichte 1892 bereits 2 Fälle von acutem Oedem des Larynx infolge internen Jodkaliegebrauches. Vorher waren nur 13 Fälle dieser Art in der Litteratur bekannt. Jüngst erlebte Autor abermals dies Ereigniss, das wichtig genug ist, da es event. dem Pat. das Leben kosten kann, wenn der Arzt dasselbe nicht kennt. Autor bekam von einem Collegen einen Greis mit schwerem Emphysem und Bronchitis zugesandt. Die Untersuchung der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes ergab nichts Besonderes, daher nur Verordnung von 10 g Jodkali auf 200 g Digitalisinfus. Bereits nach 3 Esslöffeln kam es zu einem acuten Larynxödem, da der Pat. aber auf dies event. Ereigniss nicht aufmerksam gemacht war, nahm er die Arznei weiter und kam erst am 5. Tage wieder, wo folgender Kehlkopfbefund sich ergab: Oedematöse Durchtränkung von blaugrauröthlicher Farbe der ganzen hinteren Arygegend und des Eingangs in den Oesophagus; das rechte Taschenband ver-

diekt von geléeartiger Consistenz und am Rande grau durchscheinend, zittert bei Bewegungen; Stimmbänder gedunsen, feucht durchtränkt, grauglasig, haben an Excursionsfähigkeit nach aussen eingebüsst, sodass bei der Inspiration die Glottis nur wenig über die Cadaverstellung herauskommt. Der Zustand soll jetzt schon besser geworden sein, das Oedem also jedenfalls schon gefallen. Da der Kehlkopf vorher ganz intact war, auch andere Ursachen ausgeschlossen werden konnten, konnte nur der Jodkaligebrauch schuld sein an dem Oedem. Das Auftreten desselben gleich *im Anfang des Jodgebrauches* ist ganz charakteristisch. Das Jodkali wurde ausgesetzt, und nach 6 Tagen war von dem Oedem keine Spur mehr vorhanden. Es kam hier also gar nicht zu so hochgradigem Oedem, dass ernstliche Athemnoth eintrat und Tracheotomie nothwendig wurde, wie es schon mehrmals vorkam. Ueber das Zustandekommen des Jodödems herrscht noch Dunkel. Rosenberg betonte die Eigenthümlichkeit des Jods, gerade dort seine auffallende Wirkung zu entfalten, wo sich *Drüsen* befinden, so z. B. die Drüsen der Haut (Akne), der Conjunctiva und der Nasenschleimhaut (Schnupfen), des Kehlkopfes (Oedem). Es giebt aber noch mehr und noch sonderbarere Erscheinungen des Jodismus, z. B. Parästhesien und Wärme-steigerungen (durch Beeinflussung der thermischen Centren?) und die „Ivresse jodique“; einen mässigen Grad dieser *Jodtrunkenheit*, bestehend in überaus heftigem Kopfschmerz, Augenthränen, Gedankenverwirrung, Schlaflosigkeit und Lust, sich den Kopf an der Wand einzurennen, hat auch Avellis mehrfach beobachtet (hier kann von Affinität an die „Drüsen“ wohl kaum die Rede sein!). Wenn auch solche Fälle recht selten sind, so muss der Arzt seine Pat. doch wenigstens auf ein event. Jodödem des Kehlkopfes und dessen Beginn (Schlingbeschwerden, Heiserkeit etc.) aufmerksam machen, damit das Medicament sofort ausgesetzt werde. Nach einigen Tagen kann man ruhig Jod weitergeben, da die Erfahrung gelehrt hat, dass der Körper sich rasch adaptirt und Erscheinungen des Jodismus bei wiederholten Jodeuren nicht von neuem auftreten. Die Grösse der Jodgabe hat keinen Einfluss auf event. Jodismus, ja einzelne Autoren sagen sogar, dass grosse Dosen nach dieser Richtung hin ungefährlicher sind.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 Nr. 22.)

— Ueber einen Fall von Jodkaliumparotitis berichtet Dr. G. Trautmann (München). Derartige Fälle sind bereits mehr-

fach publicirt worden. So von Villar (1887): Ein Pat., der früher viel an Drüenschwellungen und Eiterungen gelitten, sucht wegen einer Brandwunde das Spital auf. Linke Achseldrüsen hühnereigross, Subclaviculargruben beiderseits enorm geschwollen; in der Leistengegend ebenfalls kleinere Knoten. Im Verlaufe von 3 Stunden hatte Pat. 3 g Jodkalium erhalten (hatte früher dasselbe nie bekommen). Nach weiteren 2 Stunden begann plötzlich neben starker Kephalalgie und Erbrechen unter grossen Schmerzen eine Anschwellung der Parotis beiderseits einzusetzen, welche unter entzündlichen Erscheinungen in der Zeit von 10 Minuten sich beträchtlich vergrösserte und schmerzhafter wurde. Diese foudroyante Parotitis nahm am nächsten Tage bei frequentem Pulse, allgemeiner Niedergeschlagenheit und einer Hauteruption auf Stirn und Nase zu und zeigte nach sofortigem Aussetzen des Mittels erst am 3. Tage die Tendenz zur Abschwellung und zum Nachlassen der übrigen Symptome. Beim Austritt des Pat. aus dem Spital nach mehreren Tagen hatte die beiderseitige Parotisgegend noch nicht ihr normales Aussehen erhalten. 1898 wurde ein Fall veröffentlicht, wo nach Einpinselung der Brust mit Jodtinctur bei einem 51jähr. Mann tags darauf links und ca. 5 Tage später rechts eine schmerzhaft entzündliche Anschwellung der Parotis entstand. Guelliot sah nach einer Injection mit Jodtinctur in eine Hydrocele eine kurzdauernde Parotitis, Le Gendre beobachtete nach Anwendung von Jodkalium in grosser Dosis recht oft schmerzhaft Erscheinungen von Seiten der Parotis. Trautmann's Fall war folgender: Ein 32jähr. kräftiger Mann inficirte sich im September 1898 syphilitisch. Nach einer Schmiercur blieb er bis December frei von Symptomen, dann aber bekam er weisse Plaques auf einer Tonsille und am Zungenrücken, sowie Anschwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen, welche Erscheinungen auf locale Behandlung zurückgingen. Am 28. XII. erhielt Pat. noch Sol. Kal. jod. 4,0 : 200,0. Zwei Tage später plötzlich Furunkel von der Grösse einer kleinen Pflaume in der Schildknorpelgegend. Aussetzen von Jodkali. Fluctuation, Incision am 11. I. 1899. Nach einigen Tagen nimmt Pat. aus eigener Initiative Jodkali weiter bis zum 31. I., sodass er, die erste Jodkalilösung eingerechnet, auf ca. 15 Tage vertheilt 3 Flaschen = 12 g, pro die 0,8 Kal. jod. zu sich nahm. Am 31. I. bot er folgendes Krankheitsbild: Starke Schmerzen in der Stirn und rechten Gesichtshälfte, Hitzegefühl am ganzen Körper, Puls 96,

grosse Niedergeschlagenheit, keine Drüsenschwellung mehr, Incisionswunde vernarbt; dagegen rechte Parotisgegend kleinfaustgross geschwollen, Haut blauviolett, stark gespannt, Wangenschleimhaut hochroth; Tumor, sehr druckempfindlich, erstreckt sich nach oben bis zum Jochbein, nach vorn bis zu einer Linie, die vom rechten äusseren Augenwinkel senkrecht nach abwärts geht, nach hinten bis zum Proc. mastoid. und verliert sich nach unten bis in die Gegend des unteren Randes des Unterkiefers. Linke Gesichtshälfte ganz normal, Mundhöhle frei von luetischen Erscheinungen. Aussetzen der Arznei, Leinsamenumschläge, Abführmittel. Seitdem allmählicher Rückgang der Symptome, die aber erst nach 1 Woche vollständig verschwinden. Das Zurückgehen nach dem Aussetzen der Jodkalimeditation besagt am besten, dass dieses letztere ätiologisch maassgebend war.

(Münchener med. Wochenschrift 1900 Nr. 4.)

- Taubheit infolge von Phenacetinmissbrauch sah Dr. H. Guleke (Windau) entstehen. Ein kräftiger 48jähr. Arbeiter bekommt wegen fieberhafter Erkrankung 10 Pulver à 0,7 Phenacetin, 2 mal tägl. 1 Pulver zu nehmen. Aus Versehen nimmt er 2 stündl. ein Pulver, sodass vom Vormittag des einen Tages bis zum frühen Morgen des zweiten 7 g Phenacetin gebraucht wurden. Pat. wird blau und absolut taub. Ein 2. Arzt wird geholt. Von beiden wird *Intactheit der Trommelfelle* constatirt, ebenso *Fehlen meningitischer Symptome*, Pat. hatte typische croupöse Pneumonie, am 6. Tage tritt die Krisis ein, Puls und Temperatur werden normal, die Hörfähigkeit bleibt erloschen. Als Pat. nach einigen Wochen zu gehen anfang, blieb der Gang durch längere Zeit taumelnd. Auch jetzt nach 5 Monaten, ist Pat. noch taub, sonst gesund. Da Meningitis ausgeschlossen war, die Trommelfelle intact blieben, kann nur das Phenacetin in Analogie von Chinin und Salicyl die Function des Gehörorgans aufgehoben haben.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 Nr. 22.)

- Ueber eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln berichtet Oberstabsarzt Prof. Dr. Pfuhl (Berlin). Nach Schmiedeberg „kann die Kartoffelvergiftung nur dann mit der nöthigen Sicherheit vom Solanin abhängig gemacht werden, wenn der Nachweis geführt wird, dass der Solaningehalt der Kartoffeln unter Umständen eine derartige Steigerung erfahren kann, dass

er für das Zustandekommen einer Vergiftung als ausreichend erachtet werden darf.“ Dass dies möglich ist, geht aus einer Arbeit von Meyer hervor. Der von demselben in den Kartoffeln nach der Ernte und während des Lageras und Keimens festgestellte Solaniningehalt ist zwar für gewöhnlich nicht so gross, dass er Vergiftungserscheinungen hervorrufen könnte, doch erreicht er unter besonderen Umständen eine solche Höhe, wie sie für das Zustandekommen einer Vergiftung ausreicht. In der Litteratur ist aber bisher noch keine Massenvergiftung veröffentlicht worden, wo ein zur Vergiftung ausreichender Solaniningehalt in den betreffenden Kartoffeln aufgewiesen worden wäre. Letzteres geschah nun bei den Fällen Pfuhl's, wo die Krankheitsercheinungen mit denen der Solaninvergiftung übereinstimmten und der Solaniningehalt der genossenen Kartoffeln zur Vergiftung ausreichte. *56 Mann eines Truppentheils erkrankten nach dem Genuss von frischangefahrenen Kartoffeln unter den Erscheinungen eines acuten Magen- und Darmkatarrhs.* Die Erkrankungen begannen mit Frost und Frösteln, Fieber von 38—39,5°, Kopfschmerzen, starken Leibscherzen, Durchfällen und Abgeschlagenheit, manchmal mit Erbrechen oder nur mit Uebelkeit, endlich mitunter mit Ohnmacht und 1 mal mit Ohnmacht und Krämpfen. Die meisten Pat. waren schläfrig und theilnahmslos. Im weiteren Verlaufe zeigte sich 7 mal deutliche Gelbfärbung der Conjunctiven, 1 mal auf der Haut, stets ohne Pulsvermehrung. Oft wurde über Kratzen im Halse geklagt. Zunge nur wenig belegt, Rachen einige Male schwach geröthet. Keine Papillenerweiterung. Das Fieber hielt in der Mehrzahl der Fälle noch am 3. Krankheitstage an, zeigte morgendlichen Abfall und abendliche Steigerung, fiel jedoch im Ganzen rasch bis zur Norm; fast alle Pat. am 4. Tage fieberfrei. Zahl der täglichen Ausleerungen an den beiden ersten Tagen 4—6; Stühle bräunlichgelb, dünnbreiig, die genossenen Kartoffeln waren gut verdaut, Reste davon nicht zu finden. Im Harn vereinzelt und vorübergehend am 2. Tage Spuren von Eiweiss, nie Zucker oder Gallenfarbstoff. Meist nach einigen Tagen wieder alles gut. Behandlung: Bettruhe, Eisblase auf Kopf, feuchtwarme Umschläge auf Leib, Calomel à 0,3, später Pfeffermünzthee oder Opiumtinctur. Die Kartoffeln wurden vom Corpsstabsapotheker Dr. Schnell untersucht. *Die geschälten ungekochten enthielten 0,38⁰/₁₀₀ Solanin, die geschälten, gekochten 0,24⁰/₁₀₀, etwa das 6 fache der normalen Menge* (die nach Meyer in geschälten, unge-

kochten im Mai 0,06 ‰, im Juni 0,64 ‰ beträgt), sodass diejenigen, welche eine ganze Portion assen, etwa 0,3 Solanin bekamen, eine Menge die geeignet ist, erhebliche I. hervorzurufen. Wo nach einer Mahlzeit, wo reichlich Kartoffeln genossen werden, ein acuter Magendarmkatarrh mit Kopfschmerz, Schwindel, Schläfrigkeit etc. entsteht, sollte man stets an Solaninvergiftung denken und die Kartoffeln auf Solanin Gehalt untersuchen!

(Deutsche medie. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

Morbus Basedowii. Einen Vorschlag zur „diätetischen“ Behandlung macht Doc. Dr. O. Lanz (Bern). Bekanntlich hat Möbius die Schilddrüsentheorie für den M. aufgestellt, die Theorie, dass die Krankheit die Folge einer übermässigen Function der Thyreoidea ist. Die Hauptstütze findet ja diese Ansicht in den operativen Erfolgen der „Beschneidung“ der Thyreoidea. Auch sonst deuten manche Zeichen darauf hin, dass M. eine Art Gegenstück zu der thyreopriven Kachexie vorstellt; wie hier die Krankheit auf einem Ausfall der Schilddrüse, so würde dort das Leiden auf einer krankhaft veränderten Thätigkeit der Drüse beruhen. Nun steht ferner fest, dass die Function der Thyreoidea in der Absonderung eines Secretes besteht, das den toxischen Producten des Stoffwechsels gegenüber antitoxisch wirkt. Es häufen sich also im thyreopriven Körper Gifte, welche nicht mehr neutralisirt werden und entweder zur acuten Tetanie oder zur chron. Vergiftung, der Kachexie führen. Gelänge es nun aber, dieses Kachexiegift dem Basedow-Körper einzuverleiben und dadurch dem übermässigen Schilddrüsensecret des letzteren eine Mehrarbeit zu bieten, so würde man event. das Basedow-Gift neutralisiren können, wenn wirklich letzteres in überschüssigem, „arbeitslosem“ Schilddrüsensecret besteht. Diese Erwägungen bewogen den Autor, das Leiden serotherapeutisch zu bekämpfen, und da es höchst wahrscheinlich schien, dass das Kachexiegift auch in die Milch übergeht, statt des Serums einfacher die *Milch thyreoidektomirter Zicklein* den Pat. zu verabfolgen. Autor hatte erst diese „Milchcur“ bei 3 Pat. anzuwenden Gelegenheit, diese Versuche ergaben aber ein so erfreuliches Resultat, dass Autor empfiehlt, dieselben fortzusetzen. Molkereigesellschaften werden sich bereit finden, solche Ziegen zu halten, und wenn ein Pat. in der Lage ist, sich selbst eine Ziege zu halten, so kann er sich diese zu therapeu-

tischen Zwecken thyreoidektomiren lassen, um einige Wochen lang deren Milch (früh und Abends $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter) zu geniessen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1899 Nr. 23.)

Nephritis. Die traumatische N. macht Prof. Dr. R. Stern (Breslau) zum Gegenstand einer Besprechung. Er sieht dabei von perforirenden Verletzungen ab und stellt nur die Frage auf: *kommt Nephritis infolge von subcutanen Nierenverletzungen vor?* Hier schliesst er noch die in Eiterung übergehenden Entzündungen aus, weil ihre Entstehungsweise nach subcutanen Traumen relativ klar ist (Nierenabscess, Pyonephrose). Es handelt sich hier um Infection einer Nierenquetschung, einer Blutung u. dgl. Die eitererregenden Mikroorganismen dringen meist von der Harnblase, in anderen Fällen von der Umgebung, z. B. von dem mitverletzten Darm aus, zu der Nierenwunde vor; selten gelangen sie von der Blutbahn aus an die verletzte Stelle. Namentlich der Katheterismus, der nach Nierenverletzungen wegen Verlegung der Blase durch Blutcoagula nicht selten nothwendig wird, führt relativ oft zu einer aufsteigenden Infection. Unter den Begriff: „traumatische N.“ fallen 3 Gruppen:

I. Rasch zur Heilung oder zum Tode gelangende Fälle, in denen der Harnbefund demjenigen einer acuten N. gleicht.

II. Fälle von länger dauernder Eiweiss- und Cylinderausscheidung ohne Allgemeinsymptome einer diffusen N.

III. Fälle von diffuser N. nach Trauma.

Die in der Litteratur über diese 3 Formen niedergelegten Notizen, sowie seine eigenen Erfahrungen fasst Autor folgendermaassen zusammen:

1. Es kommen Fälle von Nierenverletzungen vor, in denen der Harnbefund während der ersten Tage demjenigen bei acuter Nephritis gleicht: ausser rothen Blutkörperchen auch Cylinder verschiedener Art und mehr Eiweiss, als dem Blutgehalte entspricht. In einigen zur Autopsie gelangten Fällen dieser Art fand man keine N., sondern ausgedehnte Nekrosen. Der Verlauf derjenigen Fälle, in denen nicht durch gleichzeitige, anderweitige Verletzungen der Tod herbeigeführt wurde, war günstig, der Harn wurde in wenigen Tagen wieder normal, allgemeine Symptome der N. fehlten. Auch hier kann es sich, wie bei den zur Autopsie gelangten Fällen, lediglich um Nekrosen gehandelt haben, doch ist die Möglichkeit einer circumscripten (traumatischen) N. nicht auszuschliessen.

2. In seltenen Fällen bleibt nach Nierencontusion eine länger dauernde (selbst über Jahresfrist anhaltende) Albuminurie zurück, ohne dass sich sonstige Erscheinungen von N. entwickeln. In den wenigen weiter verfolgten Fällen dieser Art schien völlige Wiederherstellung einzutreten. Anatomische Befunde fehlen bis jetzt. Wahrscheinlich handelt es sich um circumscripte entzündliche Vorgänge im Anschluss an Nierenverletzung.

3. In der Litteratur existirt eine Anzahl von Fällen, in denen auf einem Trauma der Nierengegend diffuse N. mit ihren charakteristischen Symptomen (ausser dem Harnbefund auch Oedeme, Netzhautveränderungen, Uraemie) beobachtet wurden. Ob in diesen Fällen ein Causalzusammenhang vorlag, wie manche Autoren annahmen, erscheint noch zweifelhaft. Mindestens für einen Theil dieser Fälle ist es wahrscheinlicher, dass schon vor dem Trauma eine latente chronische N. bestand.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 11.)

- Ueber Blaublichtheit bei Schrumpfniere macht Prof. Gerhardt (Berlin) Mittheilung. 1897 hat darüber Prof. A. König referirt, der blaubliche Bezirke der Retina bei 25 Pat. gefunden hatte, von welchen 14 an *Retinitis albuminurica*, 3 an *Retinitis syphilitica*, 3 an *Retinitis centralis* aus unbekannter Ursache, 5 an *Ablatio retinae* litten. Dabei wurde bemerkt, dass manchmal bei völlig ausgesprochener Blaublichtheit auf dem entsprechenden Bezirke der Netzhaut ophthalmoskopisch nur ganz geringe Veränderungen sichtbar sind. In mehreren Fällen verschwand mit der Besserung der Retinitis auch die Blaublichtheit. Einmal, bei *Ablatio retinae*, wurden die blaublichen Bezirke wieder vollkommen farbentüchtig, wenn sich die betreffenden Netzhautstellen infolge einer Punction anlegten, und blieben es, solange die Anlegung dauerte. Abgesehen von den Fällen von *Ablatio retinae*, wo immer ein grösserer Bezirk befallen war, beschränkte sich die Blaublichtheit fast stets auf den centralen, nur wenige Grade im Durchmesser enthaltenden Theil des Gesichtsfeldes. Früher lag nun bei Gerhardt ein Bleikranker mit Schrumpfniere, der von selbst klagte, dass er blaue Gegenstände schwarz sehe, dass er Blau nicht unterscheiden könne. Seitdem hat Autor öfter Nierenkranke nach ihrer Fähigkeit, Farben zu unterscheiden, ausgefragt, und erhielt 2 mal Antworten, die auf Blaublichtheit grösserer Theile des Gesichtsfeldes

hinwiesen. Die Wichtigkeit der König'schen Entdeckung liegt auf der Hand.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

- Nephritis als Complication der Malaria sah Thayer häufig (in 44⁰/₁₀₀ der Malariakranken des John Hopkins Hospital), und zwar sowohl bei leichten, wie bei schweren Fällen. Prognose günstig, zumal bei Chininbehandlung, welche letztere auch bei Haematurie nicht contraindicirt ist.

(New York acad. of med., April 1899. —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

Nephrolithiasis. Streichen des Ureters bei Nierensteinkolik empfiehlt Prof. Klemperer: „Häufig gehen bekanntlich unter localer Hitze und Morphinumgaben die Koliken bald zurück und das Concrement kommt zum Vorschein. Wenn aber die Koliken sich häufig folgen und der Schmerz immer mehr Morphinum nöthig macht, verlangt man nach activen Verfahren, die Hülfe verheissen. Für diese Fälle protrahirter Kolik, in denen oft schon an chirurgische Eingriffe gedacht werden muss, empfehlen wir so vorzugehen: Der Kranke wird auf die schmerzfreie Seite gelagert; man ertastet von vorn her die befallene Niere und streicht mehrfach mit sanftem Druck dem Ureterenverlauf entlang nach abwärts. Der Schmerz ist erträglich; üble Folgen haben wir nicht beobachtet. Wiederholt sahen wir danach die Kolik mit Abgehen des Steins enden; wir hatten den Eindruck, als ob durch das Streichen des Ureters das Heraustreten des Steines befördert worden wäre.“

(Die Therapie der Gegenwart, 1900 Nr. 1.)

Pruritus. Die Behandlung des idiopathischen P. cutaneus ist nach Besnier folgende: Zunächst Regelung der Ernährung. Verboten: alle Speisen, die leicht Gährung verursachen, besonders Wildpret, Ragouts, Wurst, Fette, Seefische, Conserven, Käse, Kohl, Tomaten, Gewürze, Alkohol, Thee, Kaffee, Tabak. Gestattet: frisches, gebratenes, gesottenes Fleisch, grüne Gemüse, reifes resp. gekochtes Obst, Brunnenwasser, alkalische Mineralwasser. In sehr hartnäckigen Fällen wirkt oft reine Milchdiät sehr gut. Gleichzeitig wird zur Beruhigung des Nervensystems innerlich Valeriana verabreicht, event. zusammen mit Acid. carbolic. (0,05 pro dosi in Pillen) oder Moschus oder Aq. laurocerasi. Nur wenn diese Mittel versagen, dürfen

Chloral, Opium oder Bromkalium verordnet werden. Ausserdem lauwarne Douchen auf die Wirbelsäule empfehlenswerth. Die locale Behandlung besteht in warmen Bädern mit Zusätzen (Stärkemehl, Lindenblüthen, Camillen, Essig), sowie feuchten Einpackungen (am besten mit Infus von Cocablättern 10:1000). Zur directen Linderung des Juckreizes: Waschungen mit lauwarmem Essigwasser ($\frac{1}{3}$ Essig, $\frac{2}{3}$ Wasser) oder folgenden Lösungen.

Rp. Chloral. hydrat. 2,0	Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,1
Glycerin.	Alcohol. (90%)
Alcohol. aa 12,0	Aq. lauroc. aa 5,0
Aq. dest. 75,0	Aq. dest. 90,0
Rp. Acid. carbolic. 1,0	
Glycerin. 25,0	
Aq. dest. 75,0	

Als juckmildernde Salben sind zu empfehlen:

Rp. Acid. carbolic. 1,0	Rp. Camphor. trit. 1,0
Zinc. oxyd. 10,0	Talc.
Vaselin. 90,0	Zinc. oxyd. aa 5,0
	Vaselin. 90,0
Rp. Menthol. 1,0	
Vaselin. 99,0	

Endlich kann man auch Pulver appliciren, z. B.

Rp. Camphor. trit. 2,0
Zinc. oxyd. 18,0
Bismuth. subnitr.
Talc. aa 40,0

(Journ. des Practiciens 1899 Nr. 23. —
Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 1.)

— Gegen P. ani empfiehlt Maguire folgende, nach gründlicher Reinigung des Afters äusserlich sowohl wie in die unteren Rectumparthieen zu applicirende Salbencomposition:

Rp. Creolin.
Resorcin. aa 1,25
Lanolin. 30,0
M. f. ung.

(Therapeutic Progress. — Münchner medic. Wochenschrift 1900 Nr. 3.)

Rheumatismen. Echten acuten Gelenkrheumatismus bei einem 20 Tage alten Kinde sah Carrière, wenigstens hält er dafür die Erkrankung, die sich zuerst im

linken Fussgelenk in Form heftiger Schmerzen geltend machte, erkennbar an der lebhaften Reaction des Säuglings bei passiven Bewegungen dieses Gelenkes. Es wurden warme Packungen desselben gemacht und 1 g Natr. salicyl. in 24 Stunden verordnet. Nach 3 Tagen wurden auch die Gelenke der oberen Extremitäten befallen, erst nach 10 Tagen gingen alle Erscheinungen zurück. Und schliesslich trat völlige Heilung ein.

(Gaz. hebdom. 1899 Nr. 92. —
[Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 1.]

- Ichthyol bei Gelenkaffectionen hat Prof. Edlefsen (Hamburg) schon seit langer Zeit schätzen gelernt, namentlich bei chronisch gewordenen Entzündungen einzelner Gelenke, wie sie zuweilen nach einem acuten Gelenkrheumatismus zurückbleiben, und bei letzterem selbst, besonders bei frühzeitiger Behandlung. Aber auch bei solchen, die sich von vornherein chronisch entwickelt hatten, wurde nicht selten wesentliche Besserung, manchmal auch vollständige Heilung gesehen. Selbst bei Polyarthritis chronica und *Arthritis deformans* bewirkte das Mittel fast immer wenigstens erhebliche Linderung der Schmerzen, öfters auch theilweise Wiederherstellung der Beweglichkeit. Seitdem nun das *Ichthyolvasogen* im Handel ist, hat Autor nur mit diesem Präparat gearbeitet, das eine *sehr zweckmässige Application des Ichthyols* bietet und daher von vornherein gute Erfolge gewährleistet. In der That haben auch Einreibungen mit Ichthyolvasogen die besten Dienste bei Rh. der Gelenke und anderen Gelenkaffectionen geleistet.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 1.)

- Aspirin hat Dr. G. Rölzig (Nürnberg) bei acutem Gelenkrheumatismus mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel versagte nie (Dosis 5—6 g pro die) hatte oft ganz überraschenden Effect, ohne, selbst bei grösseren Dosen, Nebenerscheinungen zu veranlassen. Auch bei Muskelrheumatismen (Lumbago, Schiefhals etc.) und Ischias leistete es schätzenswerthe Dienste.

(Therap. Beilage Nr. 1 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1903.)

- Auch Dr. Habermann (Wismar) hat mit Aspirin sehr günstige Erfahrungen gemacht, sowohl bei acutem und subacutem, sowie bei recidivirendem chron. Gelenkrheumatismus, bei chron. Gicht, bei rheumatoiden Schmerzen (Erkältungen,

Angina, Influenza etc.) endlich bei Kopf- und neuralgischen Schmerzen. Einzelgabe 1 g, Tagesgabe 4 g höchstens. Die Schmerzen verschwanden rasch (oft schon nach 1 g), ebenso Fieber, Schwellungen u. s. w. Bei den chron. Fällen gab Autor Morgens und Abends je 1 g. Es folgte auf letztere Gabe oft schmerzfreie Nacht mit ruhigem Schlaf (so namentlich bei alten Gichtikern!). In einem Fall von Purpura rheumatica war 5 Tage Natr. salicyl. erfolglos angewandt worden; nach 2 g Aspirin verschwanden Flecke und Schmerzen. Das Mittel wurde ohne Widerwillen genommen und ohne Nebenwirkungen vertragen, ja es beeinflusste sogar häufig den Appetit in günstiger Weise.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 8.)

- Zur Geschichte des sogen. chron. Gelenkrheumatismus führt Prof. F. König (Berlin) einige Krankengeschichten an, welche als Prototypen einer grossen Gruppe multipler Gelenkerkrankungen gelten können, die bis dahin mit Unrecht zu dem multiplen chron. Gelenkrheumatismus gerechnet wurde: 1) Pat. von 35 Jahren, seit vielen Jahren gelenkleidend, Anfang der 20er Jahre *Gonorrhoe*, welche sich mit acutem Stadium lang hinzieht. In dieser Zeit wiederholt Gelenkergüsse (Knie), die bei gewöhnlicher Behandlung zurückgehen. Die *Gonorrhoe* wird chronisch, es besteht Urethritis poster. In dieser Zeit entwickeln sich nach und nach entzündliche, zur Contractur führende Prozesse in fast sämtlichen grossen, aber auch in den kleinen Gelenken. *So bietet eine Hand anscheinend ein classisches Beispiel für den chron. Gelenkrheumatismus der Hände.* Fast in jedem Jahr sind eine Anzahl Schübe, mit Erguss beginnend und allmählig zur Schrumpfung führend, aufgetreten, und jetzt ist, nach fast 10jähr. Krankheitslager, der Zustand ein trostloser. Die Wirbelsäule krumm versteift, in Schultern und Ellbogen verhältnissmässig frische Schübe, eine Hand vom Handgelenk bis in die Finger charakteristisch regressiv mit Vernichtung fast aller Gelenkmechanismen erkrankt, die andere, fast das einzig noch brauchbare Glied, wenig ergriffen. Hüften contract in mässiger Beugestellung und in Mittellage zwischen Ab- und Adduction, Kniee rechtwinklig ankylotisch, das eine in Valgum-, das andere in Varumstellung, Füsse steif in allen Gelenken, in Spitzfussstellung, ebenso Zehen. Der frisch gelassene Urin klar, sauer reagirend, ohne Eiweiss und Zucker. In demselben schwimmen einzelne, 2—4 mm lange

grauweisse Körperchen, die mikroskopisch als einzelne Röhrenabschnitte erscheinen, an deren Wandung Platt- und Spindelzellen angelagert sind, welche tiefen Schichten des Blasenepithels anzugehören scheinen; dazu finden sich anhängend eine Reihe von Leukocyten und im gefärbten Präparat Diplokokken, welche aber nicht wie Gonokokken aussehen. 2) Herr von 40 Jahren, seit langer Zeit *Gonorrhoe*, in chron. Stadium übergetreten, beim Eintritt der Erkrankung noch ziemlich viel milchig-trübes Secret producirend. Nach Injectionsbehandlung geht der Ausfluss zurück, der eiweiss- und zuckerfreie Harn enthält nur noch feine grauweisse Fäden; früher sind Gonokokken nachgewiesen. Erkrankt plötzlich nach erheblichen Anstrengungen an Erscheinungen, welche als Pleuritis und Pericarditis sin. angesprochen wurden. Bei mässigem Fieber Schmerzen in der Herzgegend und in der l. Seite; Reibegeräusche an Herz und Pleura. Bald nahm das Fieber ab und die Ergüsse gingen zurück. Aber gleichzeitig waren, während der gonorrhoeische Ausfluss noch existirte, multiple Erkrankungen in den *Halswirbelgelenken*, in der l. Schulter, in den beiden Knien, in einem Fussgelenk aufgetreten. Salicyl wirkungslos. Nach mehrmonatlicher Behandlung (Ruhigstellung, Gypsverband, Tinct. Jodi, Punction) ging die Entzündung, zumal der Erguss, an den meisten Gelenken zurück; zwar traten ab und zu noch leichte Schübe auf, aber im Ganzen hörten solche nach etwa 1 Jahre auf, nachdem auch das Harnröhrensecret vollkommen geschwunden war. Aber eine Anzahl von Gelenken (ein Knie, eine Schulter, ein Fuss) blieb mehr oder weniger contract. Im gonorrhoeischen Secret wurden anfangs Gonokokken nachgewiesen, später nicht mehr; auch fehlten sie in den Gelenkergüssen. — Das sind Typen, herausgegriffen aus einer Anzahl analoger Fälle. Ihnen kommt eine Reihe von charakteristischen Eigenthümlichkeiten zu. Meist sind die Pat. Männer, und zwar sonst gesunde Leute, welche gonorrhoeisch infectirt waren. Zuweilen wurden sie bereits im acuten Stadium des Trippers von Gelenkergüssen befallen; in der Regel ist das acute Stadium vorüber, es handelt sich um „*Nachtripper*“, und es ist charakteristisch, dass nicht selten der Kranke sich für geheilt hält, weil er nur noch ganz sparsam Flocken in dem sonst klaren Harn zeigt. Dann erkrankte er in ganz unregelmässigen Schüben an multiplen Gelenkaffectionen, die in der Regel dadurch ausgezeichnet sind, dass die Ergüsse nur mässig, während

die Erkrankung des Bandapparats, oft auch des Knorpels im Vordergrund steht, *sodass die Gelenke bald in Contracturstellung kommen, dass sie atrophisch deform werden, ja dass sie ankylosiren.* Zuweilen auch entwickeln sich neben diesen Affectionen gleichzeitig Erkrankungen anderer seröser Häute. Die Zahl solcher Gelenkerkrankungen ist keine kleine, sie figurirten bisher meist als „chron. Gelenkrheumatismus.“ Ein mathematischer Beweis für die Gonokokkenätiologie fehlte ja auch bisher, aber es ist höchst wahrscheinlich, dass diese zur Zeit des Nachtrippers, der Urethritis poster. sich entwickelnden Affectionen hierauf zu beziehen sind, d. h. wohl dadurch entstehen, dass *von der Pars prostat. urethrae Zerfallsproducte der gonokokkisch infectirten Gewebe in die Blutbahn dringen und sich an dem Locus minoris resistentiae, an den Gelenken ansiedeln.*

(Die Therapie der Gegenwart, December 1899.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Sechsmonatliche Retention eines intrauterin abgestorbenen Foetus beobachtete Dr. E. Heller (Pilsen). Der Fall erscheint, abgesehen von dem Umstande, dass *der im 4. Lunarmonate abgestorbene Foetus bis zum normalen Schwangerschaftsende in utero zurückgehalten* wurde, noch insbesondere durch die Ursache des Absterbens der Frucht interessant. Anfangs Januar d. J. wurde Autor von einer 33jährigen, durch wiederholte Schwangerschaften und profuse menstruelle Blutungen stark herabgekommenen Frau consultirt wegen eines von Zeit zu Zeit auftretenden Schmerzes im Unterleibe, der angeblich ins Kreuzbein und in die Oberschenkel ausstrahlte. Die Frau hatte 6 Mal spontan geboren, einmal mit Kunsthülfe wegen Beckenendlage. Abortirt hatte sie nie, das Wochenbett verlief stets gut. Seit der vor 4 Jahren erfolgten letzten Geburt litt sie, die bisher regelmässig menstruirt war, an unregelmässig auftretenden profusen Blutungen, die oft länger als 1 Woche anhielten. Letzte Menstruation Mitte September v. J. Jetzt Gravidität Ende des 4. Monats nachweisbar. Da der Muttermund völlig geschlossen, nicht die geringste Blutung, nur Verordnung strenger Bettruhe und Opium. Nach kurzer Zeit schwanden die Schmerzen vollkommen. Am 23. III. kam die Frau wieder, Zweifel in die Diagnose setzend, da sie keine Kindesbewegungen merke, der Leib sich nicht

vergrössere und sie sich durchaus wohl fühle. Uterus, vor 2 Monaten schon durch die äussere Untersuchung als ein $1\frac{1}{2}$ Querfinger die Symphyse überragender, weicher Tumor fühlbar, jetzt von aussen kaum palpabel. Die bimanuelle Untersuchung ergab einen etwa kindskopfgrossen, weichen Uterus, dessen Fundus das vordere Scheidengewölbe ganz ausfüllte, und dessen oberer Rand die Symphyse nur ganz wenig überragte. Die Brustdrüsen, aus denen früher durch Druck Colostrum entleert werden konnte, secretirten nicht mehr und waren schlaffer. Es musste sich um Absterben der Frucht handeln. Am 25. VI. bei mässiger Wehentätigkeit heftige Blutung. Feste Ausstopfung der Vagina mit Jodoformgaze, Ergotin. Nach etwa 4 Stunden unter heftigen Wehen Geburt der in den Eihäuten steckenden Frucht zugleich mit der Placenta. Nachdem das Ei in toto ausgestossen, sistirte die Blutung. Nach Einscheiden der ziemlich resistenten Eihäute mit der Scheere entleerte sich etwa $\frac{1}{4}$ l schmutzige Fruchtwassers. Auffallend war das Missverhältniss der Grösse der Placenta zur Grösse der Frucht. Während der nach Grösse und Entwicklung dem Ende des 4. Monats angehörende Foetus, bei dem infolge hochgradiger Maceration das Geschlecht nicht deutlich erkennbar, 14 cm lang ist, betragen die beiden Längendurchmesser der Placenta 11 cm, ihr Dickendurchmesser $1\frac{1}{4}$ cm. Offenbar ist die relativ mächtig entwickelte Placenta nach Absterben des Foetus weitergewachsen, indem ihre innige Adhärenz mit der Gebärmutterwand erhalten blieb. Foetus selbst schlaff, schlottrig, Schädel in sagittaler Richtung stark abgeplattet, nimmt etwa $\frac{1}{3}$ der Grösse der gesamten Frucht ein; Körperformen deutlich ausgebildet, Extremitäten angemessen. *Die Nabelschnur weist 8 mehr dem foetalen Theile angehörige Torsionen auf* und hat nach Ausgleichung der Windungen eine Länge von 16 cm. Was war nun die Ursache des Fruchttodes? Da ein Trauma in Abrede gestellt wurde, da auch weder für eine paterne noch materne Lues ein Anhaltspunkt bestand, so blieb mangels einer pathologischen Veränderung der Eihäute und Placenta als Ursache abgesehen von der seit 4 Jahren bestehenden chron. Endometritis nur die *Torsion der Nabelschnur* übrig. Schon im normalen Zustande ist die Nabelschnur um ihre Achse spiralig gewunden, und es kommen allerdings abnorme Drehungen des ganzen Stranges vor, ohne zum Tode der Frucht zu führen. Wenn aber die Achsendrehung der Schnur einen solchen Grad erreicht, wie

in obigen Falle, so ist es ganz wohl möglich, dass durch dieselbe die Nabelschnurgefässe stenosirt oder völlig undurchgängig gemacht werden, sodass der Tod der Frucht erfolgt. Torsionen der Nabelschnur kommen in der 1. Hälfte der Gravidität häufiger vor als in der 2., und geben verhältnissmässig häufig Veranlassung zum Absterben der Frucht; sie lassen sich bei Besichtigung der abgegangenen Frucht mitunter deutlich erkennen, wobei der Umstand zu statten kommt, dass sie sich vorzugsweise am foetalen Ende der Nabelschnur zu finden pflegen. Die Ansicht Ruge's, dass diese Torsionen bei marerirt geborenen Früchten grösstentheils erst postmortal entstanden sind, wurde von anderer Seite bereits genügend widerlegt. Bemerkenswerth bei obigen Falle war noch, dass die Menstruation während der ganzen Schwangerschaft sistirte, und dass die Retention des Foetus der Frau keine Beschwerden bereitete. — Wie soll sich nun der Arzt verhalten, wenn bei unverletzten Eihäuten die Ausstossung des Ovulum nicht bald nach dem Tode der Frucht erfolgt? Zunächst am besten expectativ, da ja meist die Ausstossung nach einiger Zeit spontan erfolgt. Tritt letzteres in einer gewissen Frist nicht ein, so muss das Befinden der Schwangeren als Richtschnur dienen. Ist dasselbe gut, erfolgt weder Abgang blutig tingirten Fruchtwassers, noch Blutung aus den Genitalien, so verhalte man sich ebenfalls expectativ; ist es jedoch wesentlich beeinträchtigt, oder ist gar die Eibläse geplatzt, so muss man sofort mit wehenerregenden Mitteln die Geburt fördern, wobei die feste Scheidentamponade als schonendstes Verfahren zuerst in Betracht kommt. Ein actives Eingreifen in den Uterus behufs Erzeugung von Wehen muss bei erhaltener Blase mit grösster Vorsicht geschehen, damit die Eihäute nicht einreissen und Fäulniss der Frucht eintrete, wodurch die Prognose sich viel schlechter gestaltet.

(Prager medic. Wochenschr. 1899 Nr. 49.)

- Eine Indication zur Einleitung der Chloroformnarkose während der Geburt bildet nach Kakuschkin *Wehenschwäche*, gleichgültig ob Schmerzhaftigkeit der Wehen vorliegt oder nicht. Die Wehenschwäche ist eben meist Folge einer starker Reizung der Hemmungscentren, und diese wird durch Chloroform beseitigt. Aber auch in jenen Fällen, wo sich eine bestimmte Ursache für die Wehenschwäche nicht eruiren liess, wirkte Chloroform vorzüglich.

Die Narkose braucht nicht tief zu sein; das Maximum der verbrauchten Chloroformmenge betrug 30 g.

(Medicinskoje obozrenie, Januar 1899. —
Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 Nr. 89.)

- Hautemphysem während des Gebäraacts ist, wie D. Scheffelaar-Klots (Erlangen) im Anschluss an eine eigene Beobachtung, mittheilt, nicht gerade häufig. Er fand in der Litteratur 40 Fälle, bei denen es sich in 93 $\frac{1}{10}$ um Erstgebärende handelte, bei denen die Affection durch eine *abnorme Arbeit der Bauchpresse infolge abnormen Widerstandes während der Geburt* (zu grosse Kinder) *Beckenverengerung*, Rigidität der Weichtheile u. dgl., veranlasst wurde. Es entsteht ein interstitielles Lungenemphysem, Alveolen bersten, Luft tritt zwischen Lungenparenchym und Pleura, geht die Bronchien entlang nach dem Mediastinum anticum und von da im subcutanen Bindegewebe bis zum Ingulum hinauf, wo zuerst die Geschwulst sichtbar wird. Die *Prognose* ist im allgemeinen günstig; meist verschwindet das Emphysem bald nach der Geburt wieder.

(Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gyn. 1899 Bd. 41, Heft 3.)

- Betreffs Versorgung des Nabels bei Neugeborenen empfiehlt Prof. A. Martin folgendes einfache und sichere Verfahren, das ihm bisher in etwa 30 Fällen die besten Dienste geleistet hat. Das Kind wird zunächst in üblicher Weise abgenabelt. Nachdem die Mutter versorgt ist, wird dem inzwischen gebadeten und abgetrockneten Kinde um den Nabel eine feuchte Gazecompressse gelegt. Ein steriler Seidenfaden wird an den Grenzen des Hautendes um die Nabelschnur gelegt und fest angezogen. *Dann wird der Nabelstrang 1—1½ cm oberhalb davon mit der inzwischen glühend gemachten gewöhnlichen Brennscheere durchgebrannt.* Die Wirkung der letzteren ist eine absolut sichere. Die Blutung steht vollkommen. Der Brandschorf wird mit einem sterilen Gazeläppchen bedeckt, der Nabel wie sonst verbunden. Autor erlebte weder eine Nachblutung, noch Erkrankung, während das Kind wie sonst gereinigt und gebadet wurde. Die Wirkung des Brandschorfes ist eine überraschende. Schon am 2. Tage ist der Hautnabel vollständig in das Niveau der Bauchhaut gesunken; am 4.—5. Tage, in einigen Fällen am 6., ist der Brandschorf mit der Ligatur abgefallen; die Hautfalte hat sich vollkommen über den Nabel gelegt. Also das Verfahren sichert vor Nach-

blutung und verringert infolge der raschen Einziehung des Nabels und der Bedeckung der Stumpffläche durch die Hautfalten die Gelegenheit der Infection. Es ist ferner von der Hebamme sicher und bequem durchzuführen. Die Brennscheere kostet 25 Pf., kann leicht in der Hebammen-tasche untergebracht werden; um sie glühend zu machen genügt es, sie in das Herdfeuer zu stecken, mit dem das Badewasser gekocht wird.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 8.)

Syphilis. Eine Frau mit Menière'schem Symptomencomplex stellt Röder vor. Pat., vor 4 Jahren inficirt, machte mehrere Schmiercuren durch, nahm auch Jodkali. Vor 8 Wochen erkrankte sie plötzlich mit heftigem Ohrensausen, Schwindel und häufigem Erbrechen. Gleichzeitig erlitt das Gehör links wesentliche Einbusse. Schwerhörigkeit so gross, dass düstere Sprache nur ganz in der Nähe vernommen wird. Pat. war unfähig zu gehen wegen des Schwindels. Untersuchung des Ohres ergab keine nachweisbare Veränderung. Hörprüfung ergab vollkommene Aufhebung der Knochenleitung. Neben diesem Symptomencomplex auch noch *Fasialisparalyse in allen Aesten links*. Letzteres deutet, da centrale Affection auszuschliessen ist, (keine Läsion in den Bahnen der Extremitäten!) darauf hin, dass der Sitz der zweifellos syphilitischen Erkrankung an der Basis oder am inneren Gehörgange sich befindet. Schmiercur. Dadurch Schwindel wesentlich gebessert (Pat. geht jetzt ohne Führung). Ob die Taubheit wieder zurückgehen wird, sehr zweifelhaft.

(Berliner Dermatolog. Gesellschaft 5. XII. 99. — Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 2.)

- Multiple Keloide, auf Grundlage syphilitischer Ulcerationen entstanden, demonstriert Plonski. Pat. erschien vor 3 Wochen in der Lassar'schen Klinik mit Erscheinungen einer tuberösen S. und mehreren Keloiden. Sublimatinjectionscur. Kein Rückgang der Keloide, ja sogar Bildung neuer. Pat. bekam früher bei Verletzungen nie solche.

(Ibidem.)

- Einen Beitrag zur Kenntniss der Hautgummen liefert Dr. A. Loewald (Frankfurt a. M.): 53jähr. Pat., verheirathet, Vater von 5 Kindern, 9 sind gestorben (davon 8 angeblich an Croup). 1894 bemerkte er an der Streck-

seite des rechten Vorderarms in der Haut ein Knötchen, das ihm keinerlei Beschwerden machte. Als sich dasselbe jedoch flächenhaft ausbreitete, empfand Pat. zeitweilig Spannung, stechende Schmerzen an der erkrankten Stelle und ein taubes Gefühl im ganzen Vorderarme. Im Laufe eines Jahres erreichte die Schwellung etwa Handflächengrösse. April 1895 stellte sich Pat. im Krankenhaus ein. Auf der lateralen Seite des rechten Vorderarmes dicht unterhalb des Olecranon, kinderhandgrosse, lividrothe, derbe, auf der Unterlage als Ganzes ein wenig verschiebbare Platte, die bei genauerm Betasten aus 4 derben, knotenartigen, markstückgrossen Theilen bestand. Keine Sensibilitätsstörungen. Diagnose: Sklerodermie. Die Behandlung mit heissen Armbädern, Massage, Elektrolyse änderte den Zustand nur insoweit, dass die Infiltration sich nicht mehr so derb wie anfangs anfühlte. Nach 2 monatlichem Aufenthalte verliess Pat. nicht wesentlich gebessert das Krankenhaus. Erst 3 Jahre später kam er wieder. Die Knoten waren in dieser Zeit allmählig verschwunden. Vor $\frac{1}{4}$ Jahr bemerkte er in der Mitte der Beugeseite des rechten Vorderarms ein Knötchen, das rasch wuchs, und später ein zweites auf der Streckseite. Gleichzeitig stellte sich eine leichte Verdickung der Haut oberhalb des rechten Olecranon ein, die in kurzer Zeit thalergross wurde; etwas oberhalb dieser Stelle hatte sich erst kürzlich ein Knötchen entwickelt. Wegen Verdachtes auf multiple Sarkome wurde eine Arsen-cur (intravenöse Injectionen) eingeleitet, auch wurde behufs Diagnosenstellung ein Knötchen excidirt. Pat. wurde nach 4 Wochen in ziemlich unverändertem Zustande entlassen, stellte sich aber 2 Monate später wieder vor. Jetzt erhielt er Jodkali (20,0 : 300,0 3 Mal tägl. 1 Esslöffel), und nach Einnahme einer Flasche begannen sämtliche Tumoren zu verschwinden und waren bald mit Hinterlassung glatter Narben gänzlich weg. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen Befund, bei dem man zweifelhaft sein konnte, ob Sarkom, Tuberculose oder S. vorlag; das rasche Verschwinden sämtlicher Tumoren unter geringen Mengen von Jodkalium entschied aber für die Diagnose S.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. VI. Heft 5)

- 2 Fälle von S., die gegen spezifische Behandlung refractär waren, beschreibt Fournier. Die 1. Pat. hatte die S. von ihrem Gatten vor $2\frac{1}{2}$ Jahren acquirirt und zeigte seit dieser Zeit alle Erscheinungen der S. maligna. Zuerst

hatte sie ausgebreitete Haut- und Schleimhautsyphilide, Kopfschmerzen, Drüsenschwellungen, Fieberanfälle, Abmagerung, Anämie; nach einigen Monaten secundo-tertiäre Syphilide, nachher rein tertiäre Erscheinungen in Gestalt von knotigen und knotig-ulcerösen Hautsyphiliden, besonders im Gesicht und auf dem behaarten Kopf. Dabei allgemeiner Kräfteverfall, nervöse Störungen verschiedenster Art und drohende Kachexie. *Weder Jodkali in grossen Dosen, noch Quecksilber in Pillen und Einreibungen, noch hunderte von Injectionen von löslichen und unlöslichen Quecksilberverbindungen hatten irgend einen Erfolg*, ebensowenig wie eine tonische Behandlung, es kommen immer wieder neue Eruptionen. Vielleicht spielen hier hereditäre Verhältnisse eine Rolle: Mutter der Pat. war tuberculös, Vater Potator. Der 2. Pat. hat seine S. seit 1895 und hat seit dieser Zeit ununterbrochen syphilitische Erscheinungen, besonders knotige ulceröse Syphilide mit phagedänischem Charakter. *500 Quecksilberinjectionen haben bisher keinen Erfolg gehabt.* Man sieht, es giebt auch Fälle, wo solche versagen!

(Soc. franc. de dermat. et de syphil. 13. VII. 99. —
Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 48.)

- Einen Fall von Syphilis hereditaria tarda, der zuerst für Tuberculose gehalten wurde, theilt Barthélemy mit. Kleiner, schlecht entwickelter, schwächlicher, wenig intelligenter 9jähr. Knabe hatte seit 1 Jahr eine *Ulceration an der Nasenwurzel*, welche für Hauttuberculose gehalten und local behandelt (Kauterisationen etc.) wurde, ohne zu heilen. Ausserdem hatte das Kind einen grossen *Tumor an der Tibia*, welcher vor 2½ Jahren nach einem Trauma entstand und für osteomyelitischen Ursprungs gehalten wurde, obgleich weder Eiterung, noch Sequesterbildung, noch Fieber bestand. Erst Autor stellte die Diagnose auf S. und eine *einzig Einspritzung von 4 Tropfen grauen Oels* genügte, um die *Ulceration zur Heilung zu bringen*, welche 1 Jahr lang jedem therapeutischen Eingriffe getrotzt hatte. Nach weiteren Injectionen wurde Pat. gänzlich geheilt.

(Ibidem.)

Tuberculose. Die Unna'sche Behandlungsmethode bei Lupus vulgaris ist zwar schon 1898 publicirt, aber gewiss manchem noch unbekannt. Sie wird jetzt noch einmal von Dr. F. Krzystalowicz (St. Lazarus-Spital in Krakau) geschildert, der zugleich über die günstigen Resultate be-

richtet, die er damit erzielt hat. Unna stützt seine Methode auf folgenden sehr rationellen Grundsatz: „Eine Radicalheilung des Lupus ohne Beseitigung der Tuberkelbacillen ist eine absolute Unmöglichkeit, mit Sicherheit muss ein Recidiv eintreten, sowie in der anscheinend geheilten Haut Tuberkelbacillen zurückgeblieben sind.“ Deshalb lässt z. B. Tuberculin, das nur auf die Lupusgewebe einwirkt, die Veränderungen zwar verhältnissmässig schnell verschwinden, vermag aber nie Recidive auszuschliessen. Nur die Verbindung eines ätzenden mit einem bacillentödtenden Mittel vermag radical zu wirken. Von den ätzenden Mitteln soll ein solches gewählt werden, das electiv wirkt, d. h. nur auf das kranke Gewebe einwirkt, das gesunde aber nicht zerstört; ein solches ist die Salicylsäure, dessen Schmerzhaftigkeit noch durch Zusatz von Kreosot bedeutend gemildert wird. Stark bacillentödtend aber wirken besonders Chlorpräparate, namentlich Chlorantimon, das sich dazu auch noch am besten gebrauchen lässt, weil es in höchst concentrirtem Zustande als Liquor stibii chlorat. flüssig ist. Unna empfahl also seine *grüne Lupussalbe*:

Rp. Acid. salicyl.
 Liq. stib. chlorat. aa 2,0
 Kreosot
 Extr. Cannab. ind. aa 4,0
 Adip. lan. 8,0

Dieselbe wird dünn aufgetragen und mit Zinkoxydpflastermull oder Guttaperchapapier breit bedeckt, 24—48 Stunden liegen gelassen. Nach dem Abnehmen erscheinen die Lupusknötchen an der Oberfläche mit nekrotischer Lage bedeckt, die gesunden Hautstellen geröthet oder um die oberflächlichen Epithelschichten gebracht. Nach 2—3 Tagen reinigen sich die nekrotischen Stellen und bedecken sich endlich mit Epithel. Die 1 malige Application wirkt aber ganz oberflächlich, man muss mehrmals die Aetzung wiederholen. Thut man dies consequent längere Zeit, so heilen manche Fälle ab. Wann man aufhören soll, zeigt das Aussehen des Granulationsgewebes. Autor lässt also die Salbe 24 bis 48 Stunden liegen, legt dann eine indifferente Salbe 2 bis 3 Tage auf und dann wiederum die grüne. So fährt er fort, bis das Granulationsgewebe roth, gesund aussieht und die Tendenz zur Verhornung zeigt; dann lässt er die Salbe fort und lässt die durch die Salbe entstandenen Geschwüre sich überhäuten. Wenn das Granulationsgewebe aber mehr

geschwollen, bläulich erscheint, lässt er weiter die Salbe auflegen, aber nicht jeden 2. Tag, weil sie manchem Pat. doch zu schmerzhaft ist. Die Fälle, in welchen durch die Verhornung nach dieser Salbe Lupus definitiv geheilt wird, sind freilich selten, nur solche wo die Affection ganz oberflächlich ist. Geht sie tiefer, so verschwinden die oberflächlichen Veränderungen, die tieferen aber bleiben. Jetzt muss man zur Behandlung mit *Kal. caustic.* übergehen, das sich allerdings nur da eignet, wo das ganze Gewebe des sklerotischen, hypertrophischen Lupus zerstört werden soll, nicht aber für zerstreute Papeln. Am besten applicirt man nach Unna:

Rp. Kal. caust.
Calcar. ust.
Sapon. virid.
Aq. dest. aa 10,0
M. f. pasta.

Bei Anwendung dieser Paste ist die Zufuhr der Feuchtigkeit und impermeable Bedeckung Hauptbedingung, da sie sonst nicht tief genug ätzt; man trägt sie also messerrückendick auf, legt ein feuchtes Wattestückchen darüber und deckt mit Zinkoxydpflastermull oder Guttaperchapapier zu (an den Schleimhäuten genügt das Secret selbst zur Feuchtigkeitserhaltung). Das 1malige Einlegen der Paste ist sehr oft hinreichend, zumal man durch die Quantität der Paste und die Zeit des Liegenlassens die Wirkung dosiren kann. Es entsteht ein dicker nekrotischer Schorf, welcher nach einigen Tagen abfällt und eine rein granulirende Wunde zurücklässt, die schnell zuheilt. Unna benützt auch Kal. caust. in wässrigen Lösungen (1:10 000—5000) zu Dunstverbänden (permanent, impermeabel zugedeckt, zu tragen), die recht zweckmässig in Fällen sind, wo nach der oberflächlichen Aetzung man die Reste des oberflächlichen Zellinfiltrats schnell zum Schwunde bringen will, um die tieferen Knötchen zu Gesicht zu bekommen. Nach Behandlung mit der grünen Salbe und der Paste bleiben aber fast immer noch, sowohl an der behandelten Stelle wie in der Umgebung kleine Centren zurück, die durch die Haut schwach durchleuchten oder nur mit dem Diaskop zu entdecken sind. Diese restirenden Knötchen müssen, will man Recidive vermeiden, noch zerstört werden, und zwar durch die *Spickmethode*. Man bohrt in die Knötchen fein zugespitzte, mit Liq. stib. chlor. getränkte Holzstäbchen senkrecht ein, schneidet sie dicht an der Hautoberfläche ab

und bedeckt sie mit Pflaster. Nach 48 Stunden lassen sie sich sehr leicht sammt dem nekrotischen Schorfe herausnehmen, die Höhlen füllen sich in paar Tagen mit Granulationen und heilen rasch zu mit glatter, nicht erhabener Narbe. Bei lupösen Infiltrationen und Geschwüren der Schleimhaut thut manchmal blosse Pinselung mit reinem Liq. stib. chlor. gute Dienste.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 80 Nr. 1.)

- Einen Fall von Miliartuberculose der Lippenschleimhaut in Combination mit verrucöser T. der Mundwinkel demonstrierte Nobl. Das Leiden betrifft einen 32 jähr. Mann und präsentirt sich im Bereiche der Unterlippe in Form von stecknadelkopf- bis hanfkorngrossen, leicht excavirten, eitrig belegten Ulcerationen, welche von feingezackten, ausgenagten Säumen umgrenzt erscheinen und in dichtester Anordnung das Lippenroth und die Schleimhaut bis an den Kiefer hinab besetzen. An einzelnen Stellen zeigen sich durch Confluenz entstandene, bis fingernagelgrosse, unregelmässig geformte Geschwüre vom beschriebenen Charakter. Das Anfangsstadium des Processes markiren Läsionen, welche in der Mitte des Oberlippenrothes ihren Sitz haben, auch sieht man 2—3 rundliche, bis erbsengrosse Plaques, welche aus der Gruppierung von distinct stehenden, stecknadelkopfgrossen, mattweisslichen, kaum erhabenen Knötchen hervorgegangen sind. Ulcerative Veränderungen sind weder an der Oberlippe, noch an den sonstigen Mundhöhlengebilden wahrzunehmen. Einen ganz anderen Charakter weisen die Mundwinkel umsäumenden Efflorescenzen auf; diese stellen uneben-höckrige, stark prominente, von nur mässig derber Hornschicht überkleidete, mattrothe, warzige Wucherungen dar, welche bis zu kreuzergrossen Scheiben zusammentreten. Eine der Haut-Schleimhautaffection analoge Alteration auch im Kehlkopfe. Das Laryngoskop zeigt eine papilläre, zum Theil exulcerirte Geschwulst an der Interarytenoidalfalte, Ulcerationen an beiden Stimmbändern, sowie Schwellung der Aryknorpel. Der Beginn des Hautleidens datirt 3 Jahre zurück und soll von einer geringfügigen Läsion der Unterlippe seinen Ausgang genommen haben. Obwohl es sich um einen hereditär stark belasteten Pat. handelt, ist immerhin die Annahme zulässig, dass hier eine Inoculationstuberculose vorliegt.

(Wiener dermatolog. Gesellschaft 22. XI. 1899 —
Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 50.)

Vermischtes.

— Die Verordnungsweisen des Naftalan von Privatdocent Dr. Paschkis (Wien)*):

Als Firniss, welcher auf der Haut leicht einzureiben ist, darauf eine nach wenigen Minuten trocknende, äusserst geschmeidige Decke bildet und mit Wasser leicht abwaschbar ist, nennt er:

Farina secal.
Aquae aa 10,0
Naftalan 20,0

Das Mehl muss erst mit dem Wasser völlig gleichmässig gemischt und das Naftalan mit dem dünnen Teige verrieben werden. Kühlsalben: Da das Naftalan und noch mehr Gemenge desselben mit Axungia oder Lanolin reichlich Wasser aufnehmen, so eignen sie sich gut zur Anfertigung von Kühlsalben, bei denen die Wirkung des Naftalans mit der der zugesetzten Arzneistoffe combinirt wird:

Rp. Naftalan. 40,0	Rp. Naftalan. 30,0
Aq. Naphth.	Lanolin. 15,0
Aq. dest. aa 4,0	Sol. Calc. chlorat. (10 ⁰ / ₀) 45,0
S. Einfache Kühlsalbe.	S. Bei Acne indurata.
Rp. Naftalan.	Rp. Naftalan 15,0
Axung. benz. aa 20,0	Lanolin. 7,5
Plumb. acet. bas. sol.	Solut. Calcii bisulfurat. 22,5
Aq. dest. aa 12,0	Sulfur. praecip. 5,0
S. Kühlsalbe.	S. Bei schuppendem Ekzem.

Mit Gelanthum lässt sich Naftalan zu gleichen Theilen mischen. Hierbei muss erst das Naftalan gut verrieben und dann das Gelanth. nach und nach zugesetzt

*) 3. Fortsetzung.

werden. Diese Mischung kann als Salbengrundlage für fast alle dermatotherapeutischen Stoffe dienen, z. B.

Rp. Hydrag. bichlorat. corr. 0,5
Naftalan.
Gelanth. aa 25,0
S. Zum Bedecken von Pigmentmälern.

Für Fettpuder empfiehlt Autor folgende Recepte:

Rp. Naftalan. 1,0
Amyl. oryz. 100,0
S. 1⁰/₀ iger Puder.

Rp. Naftalan. 6,0
Terr. silic. 20,0
Talc. venet. 100,0
Amyl. oryz. 73,0
Acid. salicyl. 1,0
Ol. Neroli gtt. II.
Parfümirter Puder.

Rp. Naftalan. 2,0
Terr. silic. 10,0
Amyl. oryz. 88,0
S. 2⁰/₀ iger Puder.

Rp. Naftalan. 3,0
Terr. silic. 10,0
Calc. carb. praec. 20,0
Amyl. oryz. 77,0
S. 3⁰/₀ iger Puder.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 Nr. 77.)

(Fortsetzung folgt.)

— Mit Plasmon (*Siebold's Milcheiweiss*) hat Dr. C. Virchow (Berlin) Ausnutzungs- und Stoffwechselversuche angestellt. Er verabfolgte dabei *Plasmongetränk* und *Plasmonbrot*. Ersteres wurde folgendermaassen bereitet: Das abgemessene Quantum Wasser wurde in einer Casserole zum Sieden erhitzt, dann die abgewogene Menge Plasmon und Zucker (aa 30 g) zugesetzt und etwa $\frac{1}{2}$ Minute kräftig gerührt; das Plasmon befindet sich dann theilweise in Lösung, theilweise in gequollenem Zustande, vergleichbar einer schleimigen Suppe mit feinem Gries. Zur Herstellung des Brotes wurde feinstes Weizenmehl verwendet, das Plasmon dem in Form einer Lösung zugesetzt und durchgearbeitet, ausserdem etwas Kümmel zugegeben; auf 2,5 kg Mehl kommen 250 g Plasmon. Erhalten wurden 3470 g Brot von vorzüglicher lockerer Beschaffenheit und sehr angenehmem Geschmack; dasselbe wurde in 4 gleiche Theile getheilt, sodass jeder 868 g wog (eine Tagesration). In der Tagesration waren also an Plasmon enthalten: im Brot 62,5 g, im Getränk 60 g (2 mal à 30). Die Möglichkeit der Mischung der Plasmonlösungen mit festen Nahrungsmitteln und Getränken ist eine ausgedehnte. Für empfindliche Pat. wird

man diejenigen auswählen, in denen die auffälligsten Eigenschaften der Plasmonlösung, die Undurchsichtigkeit (milchige Trübung), sowie die schleimige Beschaffenheit und das Gelatinisiren verdeckt werden, z. B. Milch, Cacao, Reis, Gries, Kartoffeln. Jene Versuche ergaben nun, dass *Plasmon nicht nur höher verdaulich ist, als alle bekannten Eiweisspräparate, sondern sogar als das Fleisch* (bestes Filet). Autor fasst seine Erfahrungen in folgendem Résumé zusammen: „Das Plasmon ist ein Eiweisskörper von sehr hohem Stickstoffgehalt und höchster Verdaulichkeit. Es kann, wie die praktischen Versuche beweisen, alle animalischen Eiweissnahrungsmittel vertreten, indem es sogar das Fleisch an Wirkungswerth übertrifft. Da es auch bei angestrengtester Thätigkeit den Körper leistungsfähig erhält, so kann es in Verbindung mit einem niedrigen Preise und seiner fast unbegrenzten Verwendbarkeit in der Küche als Volksnahrungsmittel warm empfohlen werden.“

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 1.)

- Ueber das Kopfkissen in der Dermatologie schreibt P. G. Unna: „Das Kopfkissen spielt in der Dermatologie eine grössere Rolle, als die meisten Hausärzte und viele Fachcollegen sich träumen lassen, und leider meistens eine schlechte, schädliche. Ich wurde zuerst vor mehreren Jahren durch einige prägnant halbseitige Fälle von *Impetigo vulgaris* des Gesichtes bei Erwachsenen darauf aufmerksam, dass diese autoinoculable Krankheit sich durch Benützung des Kopfkissens weiter ausbreitete. Dieselben hielten Nachts eine bestimmte seitliche Lage inne und zeigten eine ungewöhnlich starke Verbreitung der Blasen und Krusten auf derjenigen Gesichtshälfte, mit welcher sie auf dem eingestandenermaassen verunreinigten Kopfkissen zu liegen pflegten. Nachdem ich auf diesen Modus der localen Ueberimpfung einmal aufmerksam gemacht worden bin, habe ich und zwar besonders bei Erwachsenen, die mit impetiginösen Affectionen behaftet waren, denselben öfters constatiren können. Die stärker befallene Seite entsprach fast immer derjenigen, auf der die Pat. gewohnheitsgemäss schliefen. Wenn diese Art der Inoculation bei der so viel häufigeren *Impetigo vulgaris* der Kinder nicht allgemein zur Beobachtung gelangt, so liegt es eben wohl daran, dass die Kinder viel mehr als die Erwachsenen auf dem Rücken schlafen und überhaupt nicht im selben Maasse eine constante Lage im Bett einnehmen, wie jene. Weitere Be-

obachtungen haben mir denselben Vorgang für die *krustösen Ekzeme* wahrscheinlich gemacht, während bei trockenen Gesichtsekzemen eine solche Beziehung nicht in evidenter Weise hervortritt. Wenn ein seborrhoisches Ekzem seinen gewöhnlichen Gang vom Scheitel über die Schläfen zu den Ohren nach abwärts antritt, so pflegt an derjenigen Seite vom Ohre aus Backe und Hals stärker und früher ergriffen zu werden, auf welcher die Pat. zu schlafen pflegen. Ja, es wirft sich die berechnete Frage auf, ob die auffallende, regelmässige Verstärkung des seborrhoischen Katarrhs auf und hinter dem Ohre, die starke Hyperämie und der Eintritt des Nüssens, die wir hier alltäglich beobachten, nicht auch wenigstens zu einem Theile auf die beiden schädlichen Wirkungen des Kopfküssens, die Reibung auf demselben und seine Verunreinigung, zurückzuführen ist. Kommt bei der *Impetigo vulgar.* mehr die blosse Ueberimpfung des Keimes in Betracht, so spielt bei der Ausbreitung des Ekzems auf diesem Wege gewiss auch die grössere Wärme und Schweissproduction auf derjenigen Gesichtshälfte, welche dem Kopfküssen aufliegt, eine begünstigende Rolle. Ausser den genannten Krankheiten des Gesichts kommt der schädliche Einfluss des Kopfküssens nur noch für gewisse Fälle von *Sykosis* in Frage, und man wird in Zukunft mehr als bisher auch auf diesen Modus der Ueberimpfung von Ort zu Ort und Haarbalg zu Haarbalg achten müssen, insbesondere, wenn die Affection sich hauptsächlich einseitig ausbreitet. Die Behandlung verlangt in allen diesen Fällen die absolute Vermeidung des Contacts der afficirten Hautparthie mit dem Kopfkissen. Am einfachsten und sichersten erreicht man dies in allen Fällen, wenn man während der Nacht statt der Salbe oder Paste, oder des Puders, der bei Tage in Anwendung kommt, einen Verband anlegt, indem dünn ausgezogene Wattelagen über die eingeübene Salbe oder Paste gelegt und mit einer Mullbinde befestigt werden. Besser noch und für das krustöse Ekzem des Ohres unbedingt zu empfehlen ist die Bedeckung mittelst Salbenmulls und Mullbinde. Eine weniger active, aber nicht minder schädliche Rolle spielt das Kopfkissen, besonders das gebräuchliche, weil angenehmere, leinene bei der Behandlung der *Erkrankungen des behaarten Kopfes* mit Salben und Pomaden. Im Allgemeinen bekannt sind die stehenden Klagen der Hausfrauen über die davon scheinbar unzertrennliche Beschmutzung der Kopfkissenbezüge. Aber nie, so scheint es, fällt es den Pat. oder

Angehörigen ein, darüber zu klagen, dass die zur Heilung bestimmten Salben grösstentheils in die fettliebenden Ueberzüge der Kissen hineinziehen und damit für die Behandlung verloren gegangen sind. Thatsächlich aber wirkt jede Pomade umsoweniger auf die Kopfhaut unter solchen Umständen, je fettiger sie ist, und die Unwirksamkeit mancher guten Salbe erklärt sich ganz allein aus diesem Grunde. Um diesem Uebelstande abzuhelpen, giebt es 2 Mittel. Das radicalere von beiden ist die Bedeckung des Kopfes mit einer impermeablen Mütze, Kappe z. B. einer Badekappe. Hierdurch wird nicht nur der Contact mit dem Kopfkissen vermieden, sondern zugleich die Wirkung der Salben unter der impermeablen Decke auf das höchste gesteigert. Aber diese Bedeckung ist warm und manchen Pat. unbehaglich und daher überhaupt nur für solche Fälle zu reserviren, wo die energischste Behandlung am Platze ist. In leichteren Fällen kommt man mit der einfachen Maassregel aus, den leinenen Kopfkissenüberzug durch einen solchen aus Ledertuch zu ersetzen, welcher das Fett und die Salben der Kopfhaut lässt, für die sie bestimmt sind.“

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 10.)

- Dr. Brehmer's Heilanstalt (Görbersdorf i./Schles.) hat Dr. Obermüller (Berlin) für ihr bakteriologisches Institut gewonnen, das vollständig auf der Höhe der Zeit steht. Der Genannte, ein Schüler Koch's, Du Bois-Reymond's und Kossel's, neuerdings bekannt geworden durch seine Arbeiten über Tuberkelbacillen in Milch und Butter, beabsichtigt, einen Cyclus von Vorträgen und Demonstrationen für Aerzte und Laien in Görbersdorf zu eröffnen, um die Aufgaben, welche Brehmer's Heilanstalt sich gestellt hat, nämlich überall aufklärend zu wirken, zu unterstützen.

Bücherschau.

— Von Bd. II. der Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten (Hamburg, L. Voss) sind die ersten 2 Hefte erschienen. Dieselben enthalten wieder eine Reihe von hochinteressanten Aufsätzen, welche für den Praktiker wichtige Gegenstände behandeln. Wir nennen z. B. Nonne, „Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jähr. Kinde“, Flockemann, „Pseudospastische Parese mit Tremor bei einem Fall von schwerer Hysterie beim Manne“, Völckers, „Ueber Hernien der Linea alba“, Kayser, „Hoden-sarkome“.

— Ein Compendium der diätetischen und physikalischen Heilmethoden hat Dr. F. Schilling verfasst (Leipzig, Hartung & Sohn. Preis gebd. M. 5) und sich dadurch den Dank der Praktiker erworben, die hier in Wort und Bild (122 Illustrationen) alles über die heut so wichtig gewordenen Themata in klarer und sehr präciser Form dargestellt finden. Dem Autor ist es vortrefflich gelungen, den reichen Stoff auf kleinem Raum durchaus vollständig unterzubringen. Die Ernährungstherapie bei den einzelnen Krankheiten, Hydro- und Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Klimato- und Pneumatotherapie, Krankenpflege, Psychotherapie etc. fanden eine mustergültige kurze Darstellung.

— Jetzt ist auch der 2. Theil vom Reichs-Medicinal-Kalender, herausgegeben von Prof. Eulenburg und Dr. Schwalbe erschienen (Leipzig, G. Thieme). Er enthält die wichtigsten letztjährigen Erlasse aus dem Gebiete der Medicinal-Gesetzgebung, Entscheidungen des Reichsgerichts, Oberverwaltungsgerichts, Reichsversicherungsamts etc.; die medicinischen Facultäten des Deutschen Reiches etc.; die standesgenossenschaftliche und wissenschaftliche Vereins-Organisation; die neue Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte; die Medicinalbehörden und Sanitätsbeamten; Personalverzeichniss der sämmtlichen Aerzte Deutschlands nach den einzelnen Wohnorten geordnet; Rang- und Dienstalters-Liste des

Sanitäts-Officier-Corps. Es ist erstaunlich, welche Fülle von ausgezeichnetem Material im Reichs-Medicinal-Kalender für den Preis von 5 Mark geboten wird. Ohne Zweifel wird das Werk, das schon bisher die bei weitem grösste Verbreitung in der Aerzteschaft hatte, den Kreis seiner Abonnenten auch in diesem Jahre beträchtlich erweitern.

— Ein „Aerztliches Jahrbuch für 1900“ gab Dr. v. Grolman heraus (J. Alt, Frankfurt a. M.). Ausser den üblichen 4 Quartalsheften, welche auch dem vielbeschäftigten Praktiker genügend Raum zu den täglichen Notizen bieten, enthält der textliche Theil eine grosse Menge von Tabellen, Verzeichnissen etc., wie wir sie in den Medicinalkalendern finden. Hervorgehoben seien hier namentlich die beiden vom Herausgeber besorgten Verzeichnisse der wichtigsten neuen Heilmittel und Uebersicht der wichtigsten Nährpräparate. Ausserdem lieferte derselbe noch den Abschnitt: „Kurzer Grundriss der Ernährungstherapie und Diätetik, mit Tabellen über Zusammensetzung, Nährwerth und Preise der wichtigsten Nahrungsmittel und Nährpräparate“, ein Capitel, auf das wir besonders aufmerksam machen wollen. Auch andere Aufsätze von Werth, z. B. „Anleitung zur Wundbehandlung“, „Die Chloroformnarkose“, „Die Localanästhesie“, „Therapie der wichtigsten Hautkrankheiten“ etc. sind in dem Jahrbuch zu finden, das sich daher sehr bald in ärztlichen Kreisen einbürgern dürfte.

— Wieder liegen 2 Bände der rühmlichst bekannten Lehmann'schen Handatlanten (Verlag von J. F. Lehmann, München) vor uns. Da ist zunächst der 19. Band der Sammlung: Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde von Dr. Ed. Golebiewski (Mk. 15), welcher uns in 40 farbigen Tafeln und 141 schwarzen Abbildungen das betreffende Gebiet ungemein anschaulich vor Augen führt. Dazu der an sich sehr werthvolle Grundriss der Unfallheilkunde, in dem der in diesen Dingen sehr erfahrene Autor in kurzer, präciser Form alles Wissenswerthe und irgendwie für den Praktiker Wichtige und unter Vorführung einer reichen und interessanten Casuistik bespricht, zugleich die Nachkrankheiten der Unfallverletzungen berücksichtigend. Auch dieser Band wird sicherlich dazu beitragen, die zahlreichen Freunde und Abnehmer dieser Atlanten noch zu vermehren. — Bereits in 2. Auflage erscheint Bd. IX. Ch. Jacob, Atlas des gesunden und kranken Nervensystems (Mk. 14). Wenn man diese 2. Auflage mit der 1. vergleicht, findet man nicht nur eine Neubearbeitung, Ergänzung und Vermehrung des bildlichen Theiles, sondern auch eine solche des textlichen, sodass das schon vordem als mustergültig zu bezeichnende Werk jetzt noch

mehr den höchsten Ansprüchen genügt. Die Verlagsbuchhandlung hat sich durch die geradezu splendide Ausstattung auch dieser beiden Bände ein grosses Verdienst erworben, doch wird sie belohnt durch die rasche Verbreitung der Sammlung, die überall Freunde besitzt und einen immer grösseren Abnehmerkreis findet.

— Vor uns liegt Bd. II. des grossen Werkes *Lehrbuch der Balneotherapie* von Dr. Jul. Glax, Professor und Regierungsrath (Verlag von J. Enke, Stuttgart Preis Mk. 14). Dieser 2. Band, welcher der *speciellen Balneotherapie* gewidmet ist, enthält 2 Theile. Im ersten, der „*Balneotherapeutischen Klinik*“ bespricht Verfasser aufs eingehendste jede einzelne Krankheitsform und giebt am Schlusse des Capitels die Litteratur des betreffenden Gegenstandes an. Im 2. Abschnitte, der „*Balneographie*“ werden in alphabetischer Folge Bäder, Curanstalten etc. aufgezählt und überall alles Wissenswerthe (Reiseverbindungen, Klima, Curmittel, Indicationen, Aerzte, Hôtels, Wasserverhältnisse, Curtaxe u. s. w.) vorgeführt. Der Autor hat sich die Aertzewelt zu grossem Danke verpflichtet, indem er ihr ein Werk schenkte, worin man alles, was zu dem betreffenden Gebiete gehört, mit penibelster Sorgfalt und Präcision gesammelt und erörtert findet. Wir können die Anschaffung des überaus nützlichen Buches nur warm befürworten.

— Dr. A. Liebmann's *Vorlesungen über Sprachstörungen* (O. Coblentz, Berlin) machen den Arzt mit Krankheitszuständen bekannt, die ihm in der Regel wenig geläufig sind, trotzdem sie für die Praxis die grösste Wichtigkeit besitzen. Es ist ein nicht zu unterschätzendes Verdienst des Autors, dass er jetzt diese Dinge im Einzelnen in klarer und kurzer Form zur Sprache bringt. Heft 4, welches sich mit dem „*Poltern*“ beschäftigt (Preis Mk. 1,20) reiht sich dem vorausgegangenen würdig an.

— Von Prof. Monti's *Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen* (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin), ist Heft 9 erschienen (Preis Mk. 2,50), welches die *Tuberculose* des kindlichen Alters in jener ausgezeichneten Weise behandelt, wie wir es in diesem Werke gewohnt sind. Dasselbe eignet sich in ganz hervorragender Weise für den Praktiker, da der erfahrene Autor dessen Interessen stets vor allem berücksichtigt. Dies erfährt man namentlich in dem Capitel über die Therapie, wo der Verfasser sich mit jedem Detail beschäftigt, eine grosse Reihe von Receiptformeln giebt und in klarer Weise den gesammten therapeutischen Apparat des Arztes beleuchtet.

— Das bei G. Thieme (Leipzig) erschienene **Aerztlich-Therapeut. Taschenbuch**, herausgegeben von Dr. Burwinkel, wird dem ärztlichen Anfänger gute Dienste leisten. Es giebt ihm in kurzen Zügen, unter Wiedergabe der wichtigsten Receptformeln, die Therapie der verschiedenen Krankheiten (nach Organen und hier wieder alphabetisch geordnet) an, ertheilt auch Winke über diätetische, balneologische, gerichtsarztliche etc. Fragen, die dem jungen Mediciner selten geläufig sind, widmet ein besonderes Capitel der ärztl. therap. Technik (Punction, Aderlass, Schröpfköpfe, Magenspülung u. dgl.), führt Gesetze, die Gebührenordnung etc. an, kurz bringt allerlei wissenwerthe Dinge, die der junge Arzt oft recht gut brauchen kann. Das Buch wird in diesen Kreisen daher gewiss recht beifällig aufgenommen werden.

— Von der Bibliothek der gesammten medicin. Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Drasche (K. Prohaska, Teschen) sind wieder 4 Lieferungen erschienen, welche der Disciplin „Venerische und Hautkrankheiten“, gewidmet sind und den Stoff von „Kehlkopfsyphilis“ bis „Orientbeule“ fortführen. Autoren wie Jadassohn, Jessner, Eichhoff, Kopp, Weiss, Düring, Finger, Rille u. A. legten wiederum ihre reichen Erfahrungen in kurzen prägnanten Artikeln hier nieder, sodass der Nachschlagende alles findet, wessen er benöthigt.

— Die **Täfelchen zur Prüfung des feinen Farbensinnes**, die Prof. H. Cohn bei O. Coblentz (Berlin) herausgab (Preis Mk. 1,20) sind in ihrer Einfachheit und Sicherheit für Bahn-, Schiffs-, Schul-, Militärärzte äusserst empfehlenswerth, die damit rasch die geringste Störung des Farbensinnes entziffern, Simulation aufdecken etc. können.

— Dr. R. Müller's **Uebersichtstafeln zur Krankenpflege** (Verlag von Vieweg & Sohn, Braunschweig. Preis Mk. 1) bilden ein recht gutes Vademecum für alle dem Dienste der Krankenpflege sich widmenden Schwestern. Wie die Seezeichen auch dem befahrensten Seemann nöthig sind, so hat auch die erfahrenste Schwester feste Punkte in ihrem Wissen nöthig, nach denen sie sich richten muss. Diese vermittelt ihr der Autor, der als Oberarzt im Braunschweiger Krankenhause Schwestern Unterricht ertheilt und auf Grund seiner Erfahrungen diese Tafeln zusammengestellt hat, welche zur schnellen Orientirung und als Grundlage für das Vertiefen und Vermehren der Kenntnisse mit Nutzen verwandt werden können.

— Der **Nothhelfer in plötzlichen Unglücksfällen** von Oberstabsarzt Dr. E. Rotter (München, F. J. Lehmann), der in

9. Auflage erschienen ist, erfreut sich bereits solcher Beliebtheit, dass eine lange Empfehlung nicht mehr nöthig ist. Der klare, kurze Text im Verein mit 24 guten Abbildungen bietet eine vortreffliche Anleitung zur Hülfeleistung bis zur Ankunft des Arztes.

— Die Alkoholfrage, die ja zu lebhaften Discussionen Veranlassung giebt und für den Arzt wirklich von grosser Wichtigkeit ist, hat 2 kleine Brochüren gezeitigt, die in der Osiander'schen Buchhandlung (Tübingen) erschienen sind und warm zur Lectüre empfohlen werden können. Dr. G. Liebe schrieb über „Alkohol und Tuberculose“, und Dr. G. Bonne über „die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für die ärztl. Praxis“. Die Darstellungen beider Autoren verdienen es durchaus, gelesen zu werden.

— Bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) erschien bereits in 4. Auflage das diagnostisch-therapeut. Vedemacum von Schmidt, Donat, Lamhofer, Friedheim. Das kleine Werk, das auch in der That trotz seines compendiösen Aeusseren einen sehr reichen Inhalt hat, scheint also von den Praktikern fleissig benutzt zu werden. Es soll ihnen in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunft- und Hilfsmittel dienen, welcher Aufgabe es auch voll und ganz gewachsen erscheint. Wir finden die klinische Diagnostik und Therapie der wichtigsten Krankheiten aus der inneren Medicin (Schmidt), Dermatologie (Friedheim), Augenheilkunde (Lamhofer), Gynäkologie (Donat) in möglichst gedrängter und übersichtlicher Form. „Einige Winke zur Erkennung und Behandlung der häufigsten Ohrenerkrankungen“ giebt ausserdem Prof. Dr. Friedrich. Das kleine billige (Mk. 6 gbd.) Werkchen wird gewiss noch manchem Neuaufgabe erleben.

— Im Verlage von Seitz & Schauer (München) erschien ein Taschenbuch für Dermatologen und Urologen von Dr. v. Nott-hafft (Preis Mk. 4), welches besonders für den prakt. Arzt sich als recht nützlich erweisen dürfte. Derselbe findet in dem handlichen Büchelchen sehr viele diagnostische und therapeutische Daten, die seinem Gedächtnisse leicht entschwinden können, Untersuchungsmethoden, Arzneimittelverzeichniss, Therapeutik, Bäder u. s. w. Ein Dermatologenverzeichniss, Verzeichniss der Universitäts-Hautinstitute u. dgl. fehlt ebenfalls nicht, und endlich ist ein in 4 Quartalshefte zerlegtes Kalendarium beigegeben.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 8.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Mai

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Anaemie, Chlorose. Nachdem früher Dr. St. Klein (Warschau) Ferratin noch als relativ bestes Eisenpräparat kennen gelernt, wendet er jetzt Eisensomatose an, mit dem er die besten Resultate erzielt hat. Das Mittel ist nicht nur prompt wirksam, sondern es ist auch leicht verträglich und macht nie Magenbeschwerden (selbst bei krankem Magen!), was bei Ferratin häufig vorkommt. Die Erfolge waren deutlich erkennbar, wurden auch durch Blutuntersuchungen controlirt. Das leicht bräunlichgraue Pulver ist, in Milch, Suppe etc. genommen, völlig geruch- und geschmacklos. Autor gab *Erwachsenen* 3 Mal tägl. 1 Kaffeelöffel (grössere Dosen machen manchmal Durchfall), *Kindern* 3—4 Mal tägl. $\frac{1}{2}$ Löffel. Auch bei Kindern zeigte das Präparat eclatante Wirkung, selbst bei der *Anaemie inf. pseudoleucaemica*, wo es erfreuliche Besserungen, selbst Heilungen bewirkte.

(Therap. Monatshefte 1899. Nr. 10.)

— **Ferr. oxydat. lacte saccharat.** (Hübner) giebt Dr. O. Rommel mit dem besten Erfolge in der Univers.-Kinderpoliklinik in München. Es besitzt das Präparat*) folgende Vorzüge:

1. Es ist relativ geschmacklos.

2. Es enthält das Eisen in leicht löslicher Form und in rationeller, d. h. nicht zu hoch bemessener Quantität (0,25 : 100).¹

3. Es stellt durch seine Combination als *Eisenmilchzucker* mehr ein blutbildendes Nahrungsmittel dar; dasselbe wird auch von jungen Säuglingen gut assimiliert.

Tagesquantum je nach Alter 2—3 Kaffeelöffel. Meist war die leicht purgirende Wirkung sehr erwünscht; überstieg sie das gewöhnliche Maass, so wurde das Tagesquantum reducirt oder es wurde Tannalbin (1 : 5) beigegeben. Behandlungsdauer durchschnittlich 40 Tage. Der Haemoglobingehalt stieg um 25—30 0/0. Das auch nicht theuere Präparat (Carton zu 200 g = M. 1,25 oder Dose zu 100 g = 80 Pfg.) verdient wärmste Empfehlung.

(Therapie der Gegenwart, Februar 1900.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Ueber ein

einfaches Verfahren zur Kleiderdesinfection mittelst Formaldehyds berichtet Dr. A. v. Rositzky (hygien. Institut Graz). Vor einiger Zeit hat ja Prof. Prausnitz ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfection mittelst Formaldehyds angegeben, (dasselbe hat sich so gut bewährt, dass es jetzt officiell bei den städtischen Desinfectionen benutzt wird!) und dabei erwähnt, dass damit auch sehr gute Erfolge bei der Desinfection von Kleidern in dicht verschlossenen Schränken (Kästen) erzielt wurden. Auf dessen Anregung wurden jetzt weitere Versuche angestellt, besonders war dies Verfahren für *prakt. Aerzte* derart nützlich, dass es ihnen gestattet, *ihre Kleider in einfacher, billiger und sicherer Weise selbst zu desinficiren* und damit die Gefahr, die mittelbaren Ueberträger von Infektionskrankheiten in der eigenen Familie oder bei ihren Pat. zu sein, nach Möglichkeit einzuschränken. Es wurde ein ausser mit Oelfarbe gestrichener, innen lackirter Schrank verwandt, dessen Höhe 195 cm, Breite 106 cm und Tiefe 55 cm betrug, der also einen Rauminhalt von rund 1 cbm besass. In die eine Seitenwand war unten eine kleine Oeffnung gebohrt, durch welche ein Glasrohr gesteckt und eingekittet

* Schwan-Apotheke Dresden-N.

wurde, dessen eines Ende mittels eines Kautschukschlauches mit dem Dampfstopfe, welcher ausserhalb des Kastens stand, dessen anderes Ende dagegen ebenso mit der Sprayvorrichtung im Schranke verbunden war. Der Dampf wurde in einem Blechgefäss entwickelt, welches 2 l fasste; in die zum Füllen dienende Oeffnung war ein Ansatzrohr aus Messing geschraubt. Durch Erhitzen mittelst eines Spiritusbrenners wurde der Dampf erzeugt und durch Ansatzrohr, Kautschukschlauch und Glasrohr in das Innere des Schrankes zu der dort aufgestellten Sprayvorrichtung geleitet, welche so eingerichtet war, dass der unter einer gewissen Spannung ausströmende Dampf das in einem schräg stehenden Gefässe befindliche Formol direct nach aufwärts versprayed. In dem durch auf die Thüränder aufgeleimte Wattecyylinder (sog. „Zugverschiesser“) luftdicht verschlossenen Kasten hingen 2 Rösche, an deren Aussen- und Innenfläche ein Theil der Versuchsobjecte auf sterilem Filtrirpapier mittelst Stecknadeln befestigt wurde, während ein anderer Theil der in Filtrirpapier doppelt eingeschlagenen Objecte in die äusseren und inneren Taschen gesteckt wurde, von denen erstere mit Klappen versehen waren, die während der Versuche geschlossen blieben. Als Testobjecte wurden dicke Tuchstückchen benützt, die mit 24—48 Stunden alten Bouillonculturen getränkt und theils im Brutschrank, theils im Exsiccator durch 12—14 Stunden getrocknet waren, also möglichst ungünstige Bedingungen, wie sie in der Praxis gar nicht vorkommen! Trotzdem vorzügliche Erfolge bei Diphtheriebacillen, *Bacter. coli*, *Staphylococcus pyogenes* aur. u. s. w., sodass man von der sicheren Wirkung dieses Verfahrens in der Praxis überzeugt sein kann. Die ganze Einrichtung hierfür ist also sehr einfach, wohlfeil, wenig mühevoll. Wenn der Schrank z. B. 1 cbm fasst, so braucht man bloss die Kleider möglichst frei, mit geöffneten Taschen auf Kleiderbügel aus spanischem Rohr aufzuhängen, 100 cem 40 % iger Formaldehydlösung (Formol) in das Spraygefäss zu füllen, in das Blechgefäss ca. $\frac{1}{2}$ l Wasser zu giessen und den Spiritusbrenner, welcher mit 100 cem Brennspritus beschickt ist, anzuzünden. Der Schrank wird dann luftdicht verschlossen (s. oben). Vom Beginn der Sprayentwicklung lässt man nun den Apparat durch $\frac{1}{2}$ Stunde functioniren und verlöscht hierauf die Flamme. Wenn die Spannung des Dampfes eine zu grosse wird, so springt bisweilen der Kautschukschlauch vom Glasrohr ab, lässt sich aber leicht wieder anstecken und dient gewissermassen

als Sicherheitsventil, wodurch jede Explosionsgefahr ausgeschlossen erscheint. *Nach 9 Stunden ist die Desinfection beendet*, nach 1 stündiger Lüftung der Kleider ist der geringe Geruch verschwunden*).

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 42.)

— Bakteriologische Untersuchungen über Keimgehalt und Sterilisirbarkeit der Bürsten haben Dr. A. Winternitz (Tübingen, Univers.-Frauenklinik) zu folgenden Schlüssen geführt:

1. Es ist möglich, eine Bürste, auch wenn sie inficirt ist, durch 10 Minuten langes Auskochen in 1 %iger Soda-lösung keimfrei zu machen, was die Bürsten beliebig lange Zeit aushalten können.

2. Ausgekochte Bürsten bleiben, in 1 %iger Sublimatlösung aufbewahrt, steril.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 9.)

— Als gutes Antisepticum in der Geburtshilfe empfiehlt Dr. Theopold (Lemgo) das *Calomet*, das er seit 16 Jahren bei jeder Schwangeren und jeder Gebärenden anwendet, so oft er zur Untersuchung oder operativen Beendigung des Gebäracts gerufen wird. Diesem Mittel glaubt er es zuschreiben zu müssen, dass er bei über 200 zum Theil auf dem Lande unter recht ungünstigen hygienischen Verhältnissen durch Kunsthilfe beendeten Geburten keinen Todesfall, ja fast nie überhaupt Störungen erlebte. Zudem ist die Handhabung des ganz unschädlichen Mittels sehr einfach. Ein niedriges Glas, mit Leder überzogen, welches etwa 50 g Calomet fasst und einen breiten, für jeden Finger durchgängigen Hals besitzt, ist als bequemes Transportgefäß zu empfehlen. Die Kuppen der Finger, welche eingeführt werden sollen, werden nach sorgfältiger vorhergehender Desinfection der Hände so in das Pulver eingestossen, dass besonders der Raum unter den Nägeln versorgt ist, was sonst an den Fingern haftet, wird über Hand und Arm vertheilt, soweit sie mit den Wandungen des Genitalschlauches in Berührung kommen können. In gleicher Weise ist jedes Instrument, jeder Tampon etc. zu versorgen. — Auch bei der *Wundbehandlung*, namentlich bei unreinen,

*) Prof. Prausnitz hat die Firma Baumann in Wien (VIII, Florianigasse) und Haertel jr. (Breslau) aufgefordert, derartige Apparate zu construiren.

septisch inficirten, ungentügend zu reinigenden Wunden und in der Kinderpraxis verdient Calomel angewandt zu werden. Allerdings bedarf es bei frischen Wunden einer exacten Dosirung, und sind Bedeckungen der Verbände durch Guttaperchapapier zu vermeiden, weil sie sonst Ekzeme und Aetzschorfe entwickeln können.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 49.)

- Ueber Xeroform liegen 2 *officielle Berichte* (vom 24. VII. 99 und 14. I. 1900) über Verwendung in der Marine der Vereinigten Staaten seitens des Directors des Marinehospitals in New York an den Generalarzt der Marine gerichtet, vor, und heisst es darin: „Wir haben gefunden, das Xeroform weder allgemeine noch Giftwirkungen auf den Organismus, noch eine andere der unangenehmen Eigenschaften des Jodoforms hat, und dass es ein vollkommener Ersatz für dieses ist. Es wurde angewendet bei durch Gährungsprocesse hervorgerufenen Magen- und Darmstörungen, wobei es prompt wirkte und die Stühle geruchlos machte. Oertlich ist es angewendet worden bei eitrigen Ohrenleiden, als Verband für venerische Geschwüre, ferner für inficirte Wunden nach Operationen von Bubonen und für andere inficirte Flächen. Immer hat es in bemerkenswerthem Grade die Eitermenge vermindert und schnelle Heilung herbeigeführt. Ich kann es daher in höchstem Grade als Ersatz für Jodoform empfehlen.“ Ferner: „Xeroform wurde angewendet bei vielen Arten von venerischen und traumatischen sowohl, als auch pathologischen Läsionen, welche unter Xeroform heilten. Seine Geruchlosigkeit, seine antiseptischen und desodorisirenden Eigenschaften und die Thatsache, dass es Sterilisation durch Hitze aushält, machen es zu einem *idealen Verbandmittel bei inficirten Fällen*.“

Diphtherie. Eine primäre D. der Vulva beobachtete Dr. Br. Leick (Greifswald, medicin. Klinik): Am 27. IX. 1899 wird ein 16jähr. Dienstmädchen aufgenommen, weil seit 3 Tagen unter allgemeinem Krankheitsgefühl eine Schwellung der äusseren Genitalien, verbunden mit lebhaften Schmerzen, besonders beim Uriniren, aufgetreten sei. Fluor albus soll seit ca. 14 Tagen bestehen, ohne besondere Beschwerden verursacht zu haben. Einen Grund für ihre Erkrankung weiss Pat. nicht anzugeben; geschlechtlicher Umgang wird mit aller Entschiedenheit geleugnet. Meneses noch nicht eingetreten. Im 12. Lebensjahr will Pat. Rachen-

diphtherie überstanden haben. Pat. kräftig gebaut und gut entwickelt, zeigt äusserlich nichts Abnormes, speciell keine Exantheme. Temp. 39°, Puls 104. Nervensystem, Herz, Lungen gesund, ebenso Verdauungsorgane. Untersuchung von Rachen und Nase ergiebt negatives Resultat. Aeusserer Genitalien, besonders Labia minora intensiv geröthet und mässig geschwollen. Auf der Innenfläche der kleinen Labien, an symmetrischen Stellen, rechts in grösserer Ausdehnung als links, ein graugelblicher, schmieriger, aus nekrotischem Gewebe bestehender Belag. Schleimhaut unter demselben exulcerirt, in der Umgebung mehrere punktförmige Haemorrhagien. Introitus vaginae lebhaft geröthet und leicht geschwollen, Hymen erhalten. Kein eigentlicher Fluor albus, nur zwischen den kleinen Labien übelriechendes, gelbliches Secret. Im Urin Spuren von Eiweiss. In den von den Labien gemachten Abstrichen Diphtheriebacillen in Reincultur, dagegen nicht in Abstrichen aus Nase und Rachen; Wiederholung des Verfahrens ergiebt gleiches Resultat. Injection von Serum (1000 I.-E.); am nächsten Tage, da noch keine Besserung, die gleiche Dosis; local Umschläge mit 1½ % iger essigsaurer Thonerde und Abreibungen mit Natr. sozodolic., Sulfur. dep. aa. Darauf lytischer Abfall des Fiebers, Besserung des Allgemeinbefindens. Die Beläge stiessen sich allmähig ab, waren am 11. Krankheitstage ganz weg. Am 14. Tage Pat. fieberfrei. Die Reconvalescenz zog sich, da eine Zeit lang Albuminurie bestand, etwas in die Länge, Pat. konnte erst am 34. Tage als geheilt entlassen werden. — Wodurch hier die eigentliche Localisation der D. verursacht war, lässt sich nicht sagen; möglich, dass durch den vorausgegangenen Fluor albus ein Locus minoris resistentiae geschaffen war, ebenso möglich aber, dass dieser Fluor schon eine vorläufige katarrhalisch-diphtherische Entzündung darstellte. Wie die Infection zustande kam, ebenfalls unaufgeklärt. Pat. will mit Diphtheriekranken nicht in Berührung gekommen sein. Aber in der Stadt herrschte damals eine, wenn auch nur wenig ausgebreitete Diphtherieepidemie, und bekanntlich finden sich ja virulente Bacillen oft noch lange, nachdem die Krankheitserscheinungen gewichen, im Rachen der Genesenden, ganz abgesehen davon, dass dieselben auch ausserhalb des menschlichen Körpers, an leblosen Gegenständen in virulentem Zustande haften können. Solche Fälle, wie obiger, bleiben natürlich sehr leicht unerkannt, und es ist klar, welches Unheil dadurch auch für die

Umgebung resultiren kann und wie leicht die D. verschleppt wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 12.)

- Die *Höchster Farbwerke* haben, wie sie mittheilen, die Herstellungsweise von *Behring's Diphtherieserum* so vervollkommen, dass sie in der Lage sind, jetzt nur solches Serum zu verwenden, welches in 1 ccm 400 I.-E. (statt wie bisher 250) enthält, welches also dem hochwerthigen nahezu gleichkommt. Eine Preiserhöhung tritt dabei nicht ein (also weiterhin 35 Pf. pro 100 I.-E.). Die Füllung der Fläschchen mit „gewöhnlichem“ Serum ist jetzt folgende:

No. 0 Fläschchen mit gelbem Etikett:

0,5 ccm 400 fach — 200 I.-E. — Immunisirungsdosis.

No. I Fläschchen mit grünem Etikett:

1,5 ccm 400 fach — 600 I.-E. — Einfache Heildosis.

No. II Fläschchen mit weissem Etikett:

2,5 ccm 400 fach — 1000 I.-E. — Doppelte Heildosis.

No. III Fläschchen mit rothem Etikett:

3,75 ccm 400 fach — 1500 I.-E. — Dreifache Heildosis.

Hochwerthiges Serum (in 1 ccm 500 I.-E.) wird nach wie vor abgegeben.

Fracturen und Luxationen. Ueber einen Fall

von willkürlicher Knieluxation nach Trauma berichtet Dr. Lissauer (aus der Vulpian'schen Anstalt in Heidelberg). Am 6. September 1899 wurde ein 21 jähr. Schlepper aufgenommen. Derselbe giebt an, am 12. April *durch herabfallenden Lehm verschüttet* worden zu sein, und zwar hatte er in dem betreffenden Moment das linke Bein etwas vorgesetzt und im Knie leicht gebeugt. Die Lehmmassen warfen ihn rücklings um, während beide Beine bis zu den Knien fest in dem Lehm steckten. Als er ausgegraben war, konnte er das linke Bein nicht bewegen und bemerkte, „das der Unterschenkel nach hinten in die Kniekehle gerutscht war.“ Am 17. April wurde er in ein Spital aufgenommen, wo eine Luxation des Unterschenkels nach hinten festgestellt wurde. Nach Reposition wurde ein Gipsverband angelegt, der 4 Wochen liegen blieb; nach weiteren 14 Tagen wurde Pat. „gutgehend und mit gut beweglichem Knie entlassen, ohne dass sich die Luxation wiederholt hatte“. Pat. bemerkte aber bald, dass er seinen Unterschenkel willkürlich im Knie nach hinten bewegen und auch

wieder nach vorn bringen konnte. Er war ausserdem beim Gehen sehr behindert, indem er das Gefühl hatte, „als wolle das Bein nach hinten durchbrechen“; er hielt deshalb beim Gehen das Bein immer im Knie leicht gebeugt. Schmerzen hatte er nur bei stärkeren Anstrengungen. Vor dem Unfall war das Bein stets gesund. Aufnahmebefund: Ganze linke Kniegelenksgegend gleichmässig verdickt. Umfang des Kniegelenks 3 cm grösser als rechts; im Gelenk ein ziemlich grosser Erguss. Pat. kann das Bein gut gestreckt erheben und im Knie bis zu einem Winkel von 45° biegen, ohne dass die Luxation dabei eintritt. Bewegungen schmerzlos, dabei deutliches Knirschen im Gelenk. Passive Seitenbewegungen nur ganz wenig ausführbar. Gelenk nicht schlotternd. Musculatur beiderseits ziemlich gut entwickelt, nur Quadriceps links etwas schwächer. Fordert man den Pat. auf, sein Bein zu luxiren, wobei es einerlei ist, ob er steht oder liegt, so tritt unter hörbarem Ruck die Tibia nach hinten, sodass ihre hintere Kante dicht unter der Haut zu fühlen ist; die Gefässe nach innen verschoben, die Tibia selbst springt aussen stärker vor als innen. Man kann bequem vorn die halbe Gelenkfläche des Femur und hinten die halbe der Tibia abtasten. Configuration jetzt die typische für Subluxation nach hinten (alles zeigt sich deutlich aus Photographie und Röntgenogramm). Die Luxation kann Pat. leicht unter ebenfalls hörbarem Ruck wieder einrichten. Meist genügt dazu einfache Muskelaction, zuweilen muss er die Hand zu Hilfe nehmen; die Configuration ist dann, abgesehen von der Schwellung, eine normale. Das Luxiren im Liegen ist im Gegensatz zu dem im Stehen nicht schmerzhaft und kann beliebig oft, activ und passiv, ausgeführt werden. Im luxirten Zustand schlottert das gebeugte Gelenk sehr. Pat. kann das luxirte Bein bewegen, und zwar gelingt die Beugung fast so gut wie sonst; die Streckung kann ebenfalls ausgeführt werden, doch reponirt sich dabei meist die Luxation, sodass man über den Grad der Streckfähigkeit hier kein richtiges Urtheil bekommt. Pat. geht gewöhnlich mit leicht gebeugtem Knie ganz gut. Sobald man ihn aber im Stehen oder Gehen strecken lässt, tritt unter lauterem Ruck und jetzt auch unter Schmerz die Luxation ein, und es bildet sich ein starkes Genu recurvatum aus. Die willkürliche Einrichtung gelingt im Stehen schwerer und ist ebenfalls schmerzhaft. Die *Aetiologie* des Falles ergibt sich ohne Weiteres aus dem Trauma. Die Zerreissung der hinteren

Kapselwand war eine ziemlich erhebliche, sodass wohl auch ein Stückchen der äusseren hinteren Gelenkfläche der Tibia mit abgerissen wurde (Röntgenbild). Dadurch, dass die Einrichtung erst nach 5 Tagen erfolgte, ist die verletzte Gelenkkapsel durch die luxirte Tibia jedenfalls noch mehr gequetscht und gedehnt worden, sodass sie hier abnorm weit und wenig widerstandsfähig blieb. Den ersten Gehversuchen hat sie dann noch Stand gehalten, während später bei stärkerer Inanspruchnahme des Beins, alsbald jene Erscheinungen hervortraten. *Die Luxation tritt in zweierlei Weise auf: spontan beim Gehen mit gestrecktem Bein*, infolge des mangelnden Kapselwiderstandes gegenüber der Belastung; *dann lässt sie sich willkürlich erzeugen durch Contraction der Beugemuskelgruppe am Oberschenkel*, während die Einrichtung durch den Quadriceps bewirkt wird, dessen Kraft aber nicht immer allein genügt, besonders wenn man das Luxiren öfters nacheinander ausführen lässt. Die *Prognose* ist nicht allzu günstig: Sich selbst überlassen würde wohl infolge des stets erneut einwirkenden Traumas die Kapsel immer nachgiebiger werden. Ausserdem schädigt der dauernde Hydrops die Gelenkkapsel, und es könnte auch zu entzündlichen Veränderungen am Knorpel kommen; schliesslich wäre Entwicklung eines Genu recurvatum zu befürchten. Die *Behandlung* hätte in erster Linie zu erstreben, dass das Gelenk durch Schrumpfung der Gelenkkapsel wieder fest wird. Es wurde deshalb dem Pat. ein Schienenhülsenapparat angefertigt, bei dem das Knie durch Feststellen des Scharniers, während es zugleich vollständig von den Hülsen umgriffen wird, zunächst fixirt ist, ausserdem wird eine Extension durch Spannlasche ausgeübt. Durch diese Vorrichtung ist eine Reluxation zunächst unmöglich gemacht und vielleicht dauernd zu beseitigen, falls die erstrebte Schrumpfung der Kapsel wirklich eintritt. Die Neigung hierzu dürfte allerdings, nachdem bereits $\frac{1}{2}$ Jahr seit der Verletzung verflossen ist, nicht allzugross sein. Immerhin wird Pat., auch wenn eine Heilung nicht eintritt, später mit dem Apparat voraussichtlich gut gehen können und in seiner Erwerbsfähigkeit wieder wesentlich gebessert werden. An dem Apparat können dann die Hülsen entsprechend ausgeschnitten und das Scharnier in der Weise beweglich gemacht werden, dass es durch eine Arretirung den Eintritt einer Ueberstreckung verhindert. — In der Litteratur liess sich zunächst nur ein ähnlicher Fall finden, der Wiesinger'sche (1896), einen

Mann betreffend, der nach Trauma seinen Oberschenkel willkürlich luxiren und wieder einrichten konnte; Autor nahm an, dass ein Erguss im Gelenk oder eine angeborene Abflachung des Pfannenrandes die Ursache sein könne. Einen Fall von willkürlicher Knieluxation beschrieb auch J. Wolff (1892): 9jähr. Mädchen, das neben anderen congenitalen Gelenkveränderungen willkürlich eine präfemorale Luxation eines rechten Kniegelenks erzeugen konnte, die aber spontan nie eintrat. Ferner beschrieb Robinson (1895) 3 Fälle, wo bei Mädchen von 9—12 Monaten infolge von Allgemeinerkrankungen, die zur Schwächung der Muskulatur führten, plötzlich unter schnappendem Geräusch eine Luxation der Tibia nach aussen eintrat, die ebenso rasch wieder activ beseitigt wurde. Unter Massage und Allgemeinbehandlung verschwanden diese Erscheinungen in einiger Zeit.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899. Nr. 12.)

— Ueber eine Fractur des äusseren Gehörgangs beiderseits durch Sturz vom Zweirad berichtet Prof. Passow (Heidelberg). Am 24. Mai 1899 stürzte ein gesunder, kräftiger 29jähr. Arbeiter auf ebener Strasse vornüber vom Rade. Er empfand ein schnell vorübergehendes, leichtes Schwindelgefühl, verlor aber nicht das Bewusstsein. Als er sich aufrichtete, hatte er Schmerzen am Kinn; aus beiden Ohren tropfte Blut ab. Die Blutung war nicht sehr erheblich, dauerte aber 2 Tage. Seit dem Unfall waren beide Ohren „wie zugefallen“. Am 28. Mai Aufnahme in die Klinik. Pat. klagte über Schwerhörigkeit und Schmerzen beim Kauen; in den ersten Tagen konnte er nur Flüssiges geniessen. Keine cerebralen Erscheinungen. Am Kinn quer-verlaufende, 5 cm lange Hautquetschwunde. Beide äusseren Gehörgänge mit Blutgerinnseln angefüllt. Da schon beim Reinigen der Ohrmuscheln frisches Blut nachsickerte, so wurde von Entfernung des Gerinnsels Abstand genommen und ein Occlusivverband angelegt, der gleichzeitig den im Uebrigen unverletzten Unterkiefer fixirte. Gehör sehr herabgesetzt, $\frac{1}{4}$ m für Flüstersprache beiderseits. Rinne'sche Versuch negativ. Als anderen Tags der Verband abgenommen wurde, Hörweite für Flüstersprache rechts $1\frac{1}{2}$ m, links $2\frac{1}{2}$ m. Nach vorsichtigem Abtupfen mit trockener Watte floss kein Blut mehr nach. Untere Wand des äusseren Gehörgangs vorgewölbt, zeigte in ihrer Mitte einen Hautriss, aus dem ein fast die obere Wand berührender

Knochensplitter hervorragte. Leichte Berührung mit der Sonde sehr schmerzhaft. Vom Trommelfell hinten oben ein kleiner Theil sichtbar; derselbe normal. Links wölbte sich die untere Wand gleichfalls in das Lumen des Gehörgangs vor, jedoch weniger als rechts. Auch hier kleiner Einriss, jedoch kein Splitter; Trommelfell unverletzt. Am 30. Mai liess sich der Knochensplitter rechts mit der Trautmann'schen Zange leicht entfernen. An den nächsten Tagen geringe seröse Secretion, die aufhörte, nachdem am 2. Juni ein kleine Granulation ausgekratzt ward. Die Vorwölbung schwand, Trommelfell erwies sich als intact. Am 5. Juni zeigte sich in dem Einriss des linken Meatus ebenfalls ein Splitter, welcher am 6. Juni ohne Mühe herausgeholt wurde. Nunmehr ohne Störung, und ohne dass eine Verengerung des äusseren Gehörgangs zurückblieb, schnelle Heilung; die Hörweite wurde normal, am 13. Juni Entlassung. Am 9. October stellte sich Pat. wieder vor; alles normal. Die beiden Knochensplitter ziemlich gleich gross und von gleicher Form, 6 mm lang, 5 mm breit, 2 mm dick; obere und untere Fläche nahezu rechteckig; obere Fläche zeigt, der Form des äusseren Gehörgangs entsprechend, eine leichte rinnenartige Aushöhlung; keine durch Caries bedingte Rauigkeiten; untere Fläche ebenfalls glatt. Es ist also, wie auch aus der Dicke der Splitter hervorgeht, ein *richtiges Loch in der unteren Wand des äusseren knöchernen Gehörgangs* entstanden. Diese beiden Splitter wurden beim Sturze sofort aus ihrer Continuität getrennt und lösten sich dann rasch völlig los, ohne dass es zu Caries kam. Auffallend ist, dass trotz der offenbar heftigen Gewalt weder das mittlere, noch das innere Ohr mitbetroffen wurden. Auch der Heilverlauf war günstig, was zweifellos dem Umstande zuzuschreiben ist, dass man sich in den ersten Tagen *expectativ* verhielt und nicht durch Versuche, das Blut zu entfernen, eine Infectionsgefahr heraufbeschwor. Bei solchen Verletzungen ist es am besten, nur den Unterkiefer zu fixiren, im übrigen aber abzuwarten, ja selbst die antiseptische Reinigung des Gehörganges zu unterlassen. Bei der hochgradigen Schmerzhaftigkeit wäre die Reposition der Knochensplitter nur in Narkose möglich gewesen; selbst wenn sie gelungen wäre, hätte der Erfolg kein schnellerer und besserer sein können. Es blieb nicht einmal, wie sonst meist, Verengerung des Gehörgangs zurück, die wohl die Folge davon ist, dass sich der Sequester nicht abstösst, sondern unter Callusbildung einheilt. Letztere fand im

obigen Falle kaum statt, es schloss sich jedenfalls die Lücke durch bindegewebige Narbenbildung.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1900 Nr. 1.)

Furunkel. Ueber einen Fall von recidivirender Osteomyelitis centralis des Radius nach F. im Nacken berichtet Dr. S. Auerbach (Frankfurt a. M.): 32-jähriger Rechtsanwalt. Vater an diabetischer Gangrän gestorben, Mutter lebt und ist gesund. Als Kind öfters Ekzeme; venerische Krankheiten weder anamnestic, noch bei Untersuchung nachweisbar (seit 5 Jahren steril verheirathet). In den letzten Jahren öfters leichte neuralgisch-rheumatische Schmerzen in Beinen und Armen, einmal sogar hinter dem linken Ohr; gingen nach warmen Bädern und milden Nervin in wenigen Tagen zurück. Ende October 1898 mehrere mittelgrosse F. im Nacken, anfangs mit Carboleinspritzung, später mit Kataplasmen behandelt. Schon bald nach Auftreten der F. verspürte Pat. Schmerzen am rechten Vorderarm (ganz vorübergehend auch in der rechten Schulter); ob vor oder nach der Carbolinjection zum 1. Male, ist nicht eruierbar. Keine Verletzung vorausgegangen. Am 28. October constatirte Autor bei der ersten Untersuchung eine etwa pflaumengrosse, wenig derbe, diffuse Schwellung der Weichtheile, sich direct in peripherer Richtung an die rechte Ellbeuge anschliessend, diese aber völlig freilassend; Schwellung betraf Haut und Musculatur, entsprach gerade dem proximalen Ende des Radius und war auf Druck schmerzhaft. Bewegungen, insbesondere Pronation und Supination, wegen der Schmerzen activ nur mit Mühe ausführbar; keine Röthung auf dieser Stelle, keine Schwellung oder Druckempfindlichkeit des übrigen Vorderarmes oder der Hand. Ellenbogengelenk frei; Cubital- und Axillardrüsen nicht geschwollen, nirgends Lymphangitis. Jene schmerzhaft Intumescenz nahm nun in den folgenden 14 Tagen etwas zu, ohne dass irgendwelche andere Erscheinungen (Röthung, Lymphangitis etc.) hinzutraten. Abendliche Temperaturen zwischen 37,4—38,2 (letztere nur 1 mal); Allgemeinbefinden, abgesehen von den Schmerzen und der infolge der ruhigen Lage etwas gestörten Nachtruhe, ganz gut. Behandlung: Ruhigstellung und Elevation, Leinsamenumschläge, Einwickelungen mit Liq. Alum. acet., Natr. salicyl. In der 3. Woche verschwanden Schwellung und Schmerzen, Pat. wurde aus der Behandlung entlassen. In den ersten Tagen des Bestehens der Affec-

tion konnte man an acuten Muskelrheumatismus denken, zumal der Pat. auch vorübergehend über Schmerzen im linken Vorderarm klagte, wo aber keine Schwellung war; dann aber trat die Diagnose einer Verstopfung eines der Muskelgefässe in den Vordergrund (*Myositis metastatica*), indem man an Verschleppung von dem F. aus dachte. Auch an Osteomyelitis wurde gedacht, wogegen aber das ausserordentlich geringe Fieber, die rasche Wiederherstellung, der Mangel jeglicher Allgemeinerscheinungen sprachen. Während des Winters ging es dem Pat. gut; er konnte wieder anhaltend schreiben, hatte aber zuweilen „ein Gefühl“ an der beschriebenen Stelle, welches aber stets wieder schnell verschwand. Anfangs März 1899 unternahm Pat. eine sechswöchentliche Vergnügungsreise. Anfang April empfand er zum 1. Male wieder heftige Schmerzen an jener Stelle, welche auch wieder anschwellte. Nach wenigen Tagen wieder Besserung, keine Unterbrechung der Reise. Am 20. April, dem Tage der Rückkehr, sah Autor den Pat. und erhob im Ganzen denselben Befund, wie Ende October 1898, nur die spontanen Schmerzen und Druckempfindlichkeit geringer, Fieber fehlte ganz. Die Beschwerden nahmen in den folgenden Tagen auf die Behandlung mit warmen Leinsamenumschlägen und Rubigstellung noch mehr ab, gingen aber, ebenso wie die Schwellung, nicht mehr ganz zurück. Prof. Czerny (Heidelberg) consultirt; derselbe sprach sich nicht bestimmt aus, rieth zunächst zu *Röntgendurchstrahlung*. Dieselbe wurde dann Ende Mai mehrmals gemacht und ergab stets dasselbe Resultat: etwa 2 cm peripherwärts von der Tuberositas ossis radii fiel auf dem Skiagramm im Schattenbilde des Knochens eine etwa zwetschgenkerngrosse längliche Stelle auf, welche deutlich heller als der übrige Knochen, aber auf beiden Längsseiten noch von normaler Knochensubstanz umgeben war. Auf Grund dieses Bildes wurde nun definitiv Osteomyelitis festgestellt und die *Operation* empfohlen. Aus äusseren Gründen wurde erst am 30. Juni operirt (Zwischenzeit wieder grösstentheils schmerzfrei!). Entsprechend dem Röntgenbilde Blosslegung des Radius auf seiner äusseren Seite. Musculatur in den tieferen Schichten etwas derber; Periost an dieser Stelle verdickt, geröthet, locker, liess sich leicht abheben, wobei sich bereits ein Tropfen milchiger Flüssigkeit entleerte, die dann bei Aufmeisselung des an dieser Stelle weichen Knochens zu Tage trat und mehr albuminösen als eitrigen Charakter zeigte. Die kranke

Knochenhöhle (etwa 2 cm lang) auf der ulnaren Seite nur von einer dünnen gesunden Knochenlamelle begrenzt, so dass wohl in nicht zu langer Zeit auch hier ein Durchbruch zu erwarten gewesen wäre. Alles Kranke wurde mit Meissel und scharfem Löffel entfernt, die Wundhöhle drainirt und bis auf die Drainöffnung vernäht. Heilung ohne jede Temperaturerhöhung und sonstige Störung; nach vierzehn Tagen konnte das Drainrohr entfernt, am 3. August Pat. gesund entlassen werden. — Es handelte sich hier also um eine *haematogene Infection* des Radius, als deren Ausgangspunkt wohl sicher die F. anzusehen waren. Warum viele tausend F. und ähnliche Affectionen einen unschuldigen örtlichen Herd darstellen, während an andere, scheinbar ganz gleiche Herde sich Metastasen und schwere Allgemeininfektionen anschliessen, das ist bisher nicht eruiert worden. Auch bei obigem Pat. waren die F. weder besonders gross, noch tief, auch war keine traumatische Alteration des Knochens vorausgegangen, die event. Prädisposition hätte schaffen können. *Pat. gebrauchte allerdings täglich seinen rechten Arm am meisten von allen Gliedern*, da er immer mehrere Stunden schrieb. Vielleicht gab die hiermit verbundene relative Hyperaemie das prädisponirende Moment ab, für welche Annahme vielleicht der Umstand zu verwerthen wäre, dass nach Statistiken der Radius bei diesen Erkrankungen erst an 4. Stelle steht und nur wenig häufiger betroffen wird, als die am seltensten befallenen Fibula und Ulna. Das *Hauptinteresse* des Falles liegt aber auf *diagnostischem* Gebiete, weil sowohl die *Temperatursteigerung als die Allgemeinerscheinungen so ausserordentlich gering waren*, und die erste Attaque so rasch überwunden wurde. Von ähnlichen Vorkommnissen wurde zwar schon mehrfach berichtet, sie sind aber doch Ausnahmen. Die Affection blieb bei obigem Pat. über 4 Monate latent und *recidivirte* dann gewissermaassen. Auf diese Formen machte zuerst Volkmann aufmerksam. An einer Stelle kann der Process sich rasch zum typischen Bilde der acuten Ostitis steigern, andere Herderkrankungen können erst nach Jahren wieder florid werden. Der Inhalt der Knochenabscesse kann mitunter (s. auch oben) schleimige, albuminöse Veränderungen erfahren. *Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen beseitigte alle diagnostischen Zweifel* und führte zur *Operation*. Da von derartigen Herden auch noch nach längerer Zeit Metastasen in anderen Organen (Lunge, Pleura, Pericard etc.) auftreten könnten, so

dürfte *möglichst frühzeitige Röntgendurchstrahlung* dringend zu empfehlen sein.

(Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 3.)

Gewerbekrankheiten. Mit dem Ausdruck der Angina pectoris der Schreiber bezeichnet Musgrove (Pinarth) eine Affection, die er vielfach bei Leuten beobachtet hat, welche ständig eine bestimmte Menge Schreiarbeit in einer bestimmten Zeit liefern müssen. Die Anfälle gleichen gänzlich denen der typischen Angina pectoris. Von dieser unterscheidet sich das Leiden aber durch seinen gutartigen Charakter, indem es durch *Beseitigung der Ursache vollkommen zum Verschwinden gebracht werden kann*. Die Anfälle treten nur während einer hastigen und eiligen Schreiarbeit auf, sodass diese unterbrochen werden muss; wird alsdann, nachdem die Erscheinungen vorübergegangen sind, in der Arbeit fortgefahren, so tritt der Anfall bald von Neuem auf. Das Leiden ist das Resultat dreier Factoren: Behinderung der Respiration, hochgradige Concentration der Gedanken und Muskelrigidität infolge abnormer Haltung des Körpers. Bei der hastigen Schreiarbeit, die eine angestrengte Aufmerksamkeit erfordert, krümmt sich der Oberkörper unwillkürlich krampfartig zusammen, während die Respiration (auch durch Druck des Schreibtisches gegen den Thorax) oberflächlich und unregelmässig wird. Alle diese Momente bewirken eine Beschleunigung der Herzaction, und dadurch wieder wird bewirkt, dass die Coronararterien nicht die erforderliche Blutmenge erhalten. Die Folge hiervon ist eine temporäre mangelhafte Ernährung des Herzmuskels, die alsdann den Anfall auslöst. Die Therapie ergibt sich von selbst. Ist Enthaltung der Schreiarbeit nicht angänglich, so muss dabei wenigstens die Körperhaltung eine zweckmässige sein; event. erreicht man diese dadurch, dass man während des Schreibens das rechte Bein über das linke schlagen lässt, wodurch schon zwei von den aetiologischen Factoren eliminirt werden. Beseitigt man nicht die Ursache des Leidens, so kann sich mit der Zeit eine organische Herzerkrankung, besonders Dilatation entwickeln. Diese Gefahr ist um so grösser, wenn Pat. schon mit einer Herzaffection behaftet ist, die sich natürlich dann verschlimmert. Besonders gefährdet sind atheromatöse Individuen.

(The Lancet 1899. Vol. I, No. 3. —
Allgem. medic. Centralztg. 1899 Nr. 100.)

- Eine Knotenaffection bei Melkerinnen hat Doc. Dr. Winternitz vor 2 Jahren beschrieben. Eine in mancher Beziehung ähnliche Hautaffection fand er jetzt bei einer 18jähr. Melkerin an beiden Händen. Die Affection bestand etwa 8 Tage, als er die Pat. sah. 4 Knoten auf dem linken Handrücken, 1 auf der Nagelphalange des linken Kleinfingers, 1 auf dem rechten Handrücken, 1 im rechten Handteller, alle scharf begrenzt, in völlig normaler Haut sitzend, 2—3 mm hoch und $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser, mit eigenthümlich derber, wie lederartiger Decke. Die Oberfläche zeigte sowohl in Farbe als Höhe einen deutlichen Unterschied von Peripherie und Centrum; letzteres etwas gesättigter gefärbt, als der röthlichbraun gefärbte, periphere Theil, und auch deutlich tiefer, wodurch eine Art Dellung entstand. Der Knoten an der Nagelphalanx umgab in scharf halbmondförmiger Gestalt den Nagelfalz. Während mehrtägiger Beobachtungsdauer erschien bei mehreren etwas wasserhelle Flüssigkeit unter der recht derben, in toto abgehenden Decke, worauf ein hellrother, mit Rete bedeckter und feinen Poren versehener flacherer Knoten sich darbot. Während der genannten Exsudationszeit hatten die Efflorescenzen Aehnlichkeit mit Vaccine, doch fehlte jegliche entzündliche Reaction der Umgebung, und war der Verlauf ein anderer. Die in früheren Fällen (vor 2 Jahren) beschriebenen Efflorescenzen waren viel höher, auch fanden sich hier recht grosse Blasen, die hier fehlten; es hatten damals die Thiere am Euter eine ähnliche Affection gezeigt, sodass Winternitz an Maul- und Klauenseuche gedacht hatte, eine Annahme, die er nicht aufrecht erhalten kann, da sich diese Erkrankung im Stalle nicht vorfand. Zu gleicher Zeit hatte damals Andry bei einem Melker eine ähnliche Affection beschrieben.

(Verein deutscher Aerzte in Prag, 26. II. 1900. — Prager med. Wochenschr. 1900 Nr. 12.)

- Helminthiasis.** Spirit. camphorat. als Bandwurmmittel lernte durch einen Zufall Dr. Besser (Steinau) kennen. Derselbe hatte einen 79jähr. Pat. wegen Rückenschmerzen zum Einreiben Spirit. camphor. verschrieben, und hatte derselbe davon versehentlich 1 *Esstöffel voll intern* genommen. $2\frac{1}{2}$ Stunden später erfolgte der vollständige Abgang einer *Taenia solium*, von deren Existenz beim Pat. Niemand eine Ahnung gehabt, rasch und schmerzlos.

(Therap. Monatshefte 1899 Heft 11.)

- Salol als Bandwurmmittel erkannte ebenfalls durch Zufall Prof. Galli-Valerio (Lausanne). Derselbe gab einem

Collegen, bei dem starker Verdacht auf Bandwurm vorlag, da er gerade nichts anderes zur Hand hatte, 1 g *Salol*. Einige Stunden später erschien ein schönes Exemplar von *Bothriocephalus latus*, das ohne Beschwerden abging.

[I (Therap. Monatshefte 1900 No. 3.)]

Hysterie. Ueber hysterische Gelenkaffectionen bei Kindern berichtet L. P. Alexandrow. Oft wird durch eine solche eine Erkrankung ernsterer Natur, namentlich *Tuberculose vorgetäuscht*. Auch bei H. kommen ja Schmerzen, Contracturenstellungen, Functionsstörungen vor. Die Schmerzen sind äusserst heftig, jedoch unbeständig, sowohl in der Intensität als auch in ihrer Localisation; sie sind mehr oberflächlich. Sind Contracturen vorhanden, so pflegen sie im Schlaf zu schwinden ebenso wie in der Narcose. Die Functionsstörungen sind oft ganz minimal, trotz aller Klagen über heftige Schmerzen. Bei H. fehlen dagegen Entzündungserscheinungen, Anzeichen irgendwelcher Knochenerkrankung und hauptsächlich Atrophie der erkrankten Extremität, wie sie bei Tuberculose sich stets vorfindet; dagegen entdeckt man in der Regel andere Symptome nervöser Art. Beginn des Leidens meist plötzlich, oft nach einem geringfügigen Trauma. Zuweilen spielt Nachahmungstrieb eine gewisse Rolle. — Autor beobachtete nun folgenden *Fall von hysterischer Gonitis*: 11jähr. Mädchen, aus nervöser Familie stammend; Vater Alkoholiker. Das Leiden war als Tuberculose behandelt worden, ehe Autor die Pat. sah, was 2 Monate nach Beginn der Krankheit der Fall war. Pat. klagte über Schmerzen sowohl beim Gehen, als auch in der Ruhe, wobei dieselben bald an der äusseren Seite des Knies heftiger waren, bald in der Kniekehle. Keine Contractur. Active und passive Beweglichkeit vollständig frei. Keinerlei Differenzen äusserlich zwischen dem kranken und gesunden Knie nachweisbar. Sehnenreflexe erhöht. Gehen ohne Hinken. Sehr nervöses Kind. Durch Suggestionstherapie in kurzer Zeit Heilung.

[Djetskaja Medicina 1899 Nr. 3. —
Revue der Russ. medic. Zeitschrift. 1899 Nr. 89.]

— Dr. E. Schwarz demonstirte einen Fall von hysterischer Arthralgie, welche durch eigenthümliche Crepitationsgeräusche ein organisches Gelenkleiden vortäuschte. Bei der 22jähr. Pat. bestehen seit 6 Jahren hysterische Anfälle. Vor 4 Monaten verspürte sie plötzlich im rechten Kniegelenk

einen stechenden Schmerz, und fortan war das Gehen unmöglich geworden. Aufnahmebefund: Vollkommene Fixierung des rechten Kniegelenkes in Streckcontraction, ebenso auch im Sprunggelenk. Complete Anaesthesie der rechten Unterextremität in Strumpfform, von den Fussspitzen bis zum Kniegelenk, woselbst sich die anaesthesische Zone scharf kreisförmig unterhalb der Tuberositas tibiae abgrenzte. Kniegelenk weder activ noch passiv beweglich, schmerzhaft. Druckpunkte daselbst über dem Condylus internus und dem Capitulum fibulae, welche jedoch die Haut und nicht die tiefen Theile betreffen. Hypaesthesia der gesammten rechten Körperhälfte, Fehlen des Schlund- und Cornealreflexes. Nach hypnotischer Suggestion wird das Knie beweglich, sodass Pat. aufstehen und ohne Stütze, wenngleich mühsam, gehen kann. Doch wird *sowohl bei activer als passiver Bewegung, sowohl bei der Beugung, mehr jedoch bei der Streckung im Kniegelenk ein lautes Krachen hörbar*, wodurch die Frage nahegelegt wurde, ob nicht ein organisches Leiden bestände. Radiographische Untersuchung ergiebt völlig normalen Befund. Wenn man ferner die passiven Bewegungen im Knie sehr rasch nacheinander, namentlich bei Fixation des Oberschenkels, ausführte, blieb das Knacken im Gelenk aus. Die nähere Untersuchung zeigte, dass *die Pat. das Geräusch spontan durch Einschnappen des Gelenks erzeugt*, indem sie bei jeder Bewegung die Antagonisten energisch anspannt und im gegebenen Momente ganz plötzlich erschlafft. Bei langsameren Bewegungen fühlt man den Widerstand der Antagonisten sehr deutlich, das Gelenk ist sehr schwer passiv zu biegen oder zu strecken. Bei sehr rascher Wiederholung schwindet derselbe und das Krachen mit ihm. Pat. ist eben nunmehr nicht in der Lage, den Bewegungen mit ihrem Willensimpulse genügend rasch zu folgen. Das Krachen hat schon lange, 1½ Jahr vor dem Auftreten des Schmerzes, bestanden. Es ist daher anzunehmen, dass bei der exquisiten hysterischen Psyche der Pat. eine vielleicht auf „*Diathèse de contracture*“ beruhende Eigenthümlichkeit oder schlechte Gewohnheit gleichsam im Wege des psychischen Reflexes den Zustand der hysterischen Arthralgie hervorgerufen hat.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 2. III. 1900.
Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 10.)

— Einen Fall von hysterischem Schütteltremor des rechten Vorderarms und der rechten Hand bei einem 15jähr. Mädchen demonstrierte Prof. Krafft-Ebing. Pat. ist

asphyktisch mit Zange zur Welt gekommen, war von jeher schwach auf linker oberer und unterer Extremität, sonst wohl. Im 12. Lebensjahre entwickelte sich ein damals nur auf die Finger der oberen Extremität beschränkter Tremor, der indessen das Mädchen nur am Schreiben behinderte; Nähen und sonstige Hantirungen waren noch möglich. Bis October v. J. konnte die Kranke noch eine Nähschule besuchen; von da an artete der leichte Tremor zum Schütteltremor, wie er jetzt zu sehen ist, aus. Dieser Schütteltremor besteht nun continuirlich seit Wochen, nimmt bei intendirten Bewegungen zu und schwindet während des Schlafes. Er betheiligt Vorderarm und Hand, ist langsam (2 Bewegungen in der Secunde). Im Uebrigen besteht motorische Schwäche des rechten Beines, lebhafte Patellar-Sehnenreflexe beiderseits, rechts Achillessehnenreflexe lebhafter als links, die tiefen Reflexe an der oberen rechten Extremität nicht auslösbar, links schwach. — Der leichte Tremor im Beginn des Leidens hätte den Gedanken an einen posthemiplegischen Tremor, analog der posthemiplegischen Athetose oder Chorea nahelegen können. Der Tremor bei obigem Falle ist aber erst im 12. Lebensjahre entstanden, während die posthemiplegischen motorischen Reizerscheinungen des kindlichen Alters nach frühzeitigen Schädeltraumen oder irgendwelchen sonstigen Gehirnläsionen höchstens bis zum 2. Lebensjahre sich schon entwickelt vorfinden. Ueberdies konnte anamnestisch als *auslösendes Moment des Tremors ein psychischer Shok*, eine heftige Gemüthsbewegung nach dem Tode der Mutter erhoben werden. Seit Einsetzen der *Pubertät* erfolgte die Steigerung zum Schütteltremor. Die Affection stellt eine Neurose dar, für deren Localisation man sich vorzustellen hat, dass die in Betracht kommende Region der linken Gehirnhälfte einen *Locus minoris resistentiae* abgab, der durch die einwirkende Schädlichkeit afficirt wurde und so für den Ort der Störung bestimmend war. *Hysterische Stigmata fehlen*; es stimmt dieses Verhalten mit den sonstigen Beobachtungen überein, wonach bei motorischen Reizerscheinungen sicher hysterischer Individuen hysterische Stigmata vermisst werden können. Die Prognose des Falles ist ungünstig; solche Fälle verhalten sich gegen alle Therapie refractär. Auch im obigen Falle blieb jede bisher versuchte Behandlung erfolglos. (Verein f. Psychiatrie und Neurologie Wien 13. II. 1900. — Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 9.)

Heus. Die Behandlung des I. mit grossen Dosen Atropin empfiehlt warm Dr. Batsch (Grossenhain). Ausgehend

von der Ueberlegung, dass der *dynamische I.* hervorgerufen wird durch *Lähmung der motorischen Fasern* des Splanchnicus (adynamische Form) oder durch die *Thätigkeit der hemmenden Nervenfasern* (dynamische Form), versuchte Autor in einem sehr schweren Falle von dynamischem I. mit heftigem Singultus Atropin, um durch Lähmung der hemmenden Splanchnicusfasern den Krampf der Darmmusculation zu heben. Nach 2 subcutanen Injectionen von je 0,005 Atropin trat eine ungeheure Entleerung und in der Folge Heilung ein. Auch in anderen Fällen von schwerster Obstruction, so bei I. infolge einer grossen eingeklemmten Scrotalhernie, Genesung durch Atropin. Schon 1788 gab der Generalchirurgus Theden bei I. Belladonna, auch in sehr grossen Dosen. Das Mittel darf natürlich nicht schablonenmässig angewendet werden, oft werden leichtere Maassnahmen genügen, andererseits wird man öfters, wenn das Atropin, weil für den betreffenden Fall nicht passend, seine Wirkung versagte, zur Operation schreiten müssen. Jedoch kann in passenden Fällen auch im Höchststadium des I., wenn eine Operation nicht oder nicht mehr zur Rettung führen kann, das schwer bedrohte Leben durch übermaximale Dosen von Atropin erhalten werden. Autor theilt auch einige von befreundeten Kollegen mit Atropin behandelte Fälle mit, wo das Mittel sich bewährte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 45.)

Paralyseu. Ueber einen wegen seiner Aetiologie interessanten Fall von linksseitiger Radialislähmung berichtet Prof. Bernhardt. Der 31jährige, sonst gesunde, dem Trunke nicht ergebene Arbeiter war beauftragt, *Pflastersteine herauszuheben*, zu welchem Zwecke er eine in der linken Hand gehaltene schwere Eisenstange mit Kraft in den erdigen Zwischenraum zweier Steine einstossen musste. Nun versah er sich mal und *gerieth statt in den nachgiebigen Zwischenraum auf den Stein selbst*. Sofort fühlte er eine Lähmung der Hand. Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die linke Hand und die Basalphalangen der Finger nicht mehr gestreckt, der Daumen nicht mehr abducirt und extendirt werden konnte. Auch der M. sup. long. deutlich paretisch, der M. triceps frei. Subjectives Taubheitsgefühl über den dorsalen Flächen der Basalphalangen der 3 ersten Finger und über den zugehörigen Mittelhandknochen. Elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln (direct und von der Umschlagstelle des M. radialis aus geprüft) für beide Stromesarten erhalten;

dagegen konnte vom Erb'schen Punkt aus nur rechts an der gesunden, nicht aber an der kranken Seite der *M. supin. long.* zur Contraction gebracht werden. Autor erklärt das Zustandekommen der Lähmung durch die beim Anprallen des Eisenstabes auf den Stein zustande gekommene *plötzliche energische und vom Pat. nicht vorhergesehene Contraction des M. triceps*, welcher den *N. radialis* an die äussere Kante des Oberarmknochens angedrückt und gequetscht habe, ein Modus, wie er auch von anderen schon beobachtet wurde. Heilung durch vierwöchentlich elektrische Behandlung.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 1899, 8. Mai. — Berliner Klin. Wochenschrift 1899 Nr. 36.)

- Eine isolirte Lähmung eines *M. triceps brachii* nach Trauma beobachtete Dr. K. Gumpertz (Berlin). Der Fall unterlag keiner Begutachtung, ist aber für die Sachverständigenthätigkeit von Interesse, da auch ein Betriebsunfall leicht zu ähnlichen Folgen führen kann. Ein 20 Jahre alter Arbeiter giebt an, er sei 1 Jahr vorher (1898) vom Pferde gefallen, so dass er auf den linken Arm zu liegen kam, nachher habe er Schwellung und Schwerbeweglichkeit des Armes bemerkt, die er mit Einreibungen behandelte. Am 15. VII. 99 stellte Autor bei ihm nun Folgendes fest: Linker Arm erheblich dünner. Linker Vorderarm in mittlerer Beugestellung; Streckung desselben gegen den Oberarm activ fast unmöglich. Erhebt man den linken Arm bis zur Verticalen und lässt dann die Hand los, so federt der Vorderarm sofort in die Beugestellung zurück, während die Erhebung des Oberarms auch activ geleistet wird. Stehend kann Pat. den Arm nie fallen lassen; wenn er ihn ausstrecken will, muss er die Schulter zurückziehen und ein wenig heben; dann gelingt die halbe Streckung. Sie gelingt nicht, wenn der Oberarm auf dem Tische aufliegt. Die volle Streckung des Vorderarms ist selbst passiv nicht ganz möglich. Grösster Umfang des Oberarmes r. 27 cm, l. 24 cm, des Vorderarmes r. 25,7, l. 24 cm. Linke Hand gleichfalls kleiner als die rechte; Händedruck links weit schwächer. Untersuchung mit dem faradischen Strome ergiebt links fehlende Erregbarkeit des Muskelbauches des Triceps, geringe Erregbarkeit des Caput longum. Der Anconaeus IV, welcher rechts den Arm sehr lebhaft streckt, links nicht zu erregen. Bei galvanischer Untersuchung links ganz geringe Strecklocomotion von der Tricepssehne resp. von den seitlichen Muskelbäuchen;

diese Streckbewegung nur bei ASZ deutlich darstellbar, erfolgt sehr träge. Bei Reizung des N. radialis an der Umschlagsstelle keine sichtbare Zusammenziehung des M. triceps. Sensibilität überall ungestört. Für die Function des Armes ist also hier der Triceps ganz ausgefallen; der Vorderarm fällt lediglich der Schwere nach und geräth in stärkste Beugung, sobald der Oberarm erhoben wird. Der Anconaeus longus scheint besser erhalten zu sein, er weist noch geringe faradische Erregbarkeit auf. Sollte er aber selbst entsprechend functionstüchtiger sein, so würde durch ihn doch eine erhebliche Streckung nicht herbeigeführt werden. Das Caput longum soll wesentlich als Feststeller des Oberarm-Schultergelenkes bei der durch den M. latissimus und pectoralis major bewirkten Senkung des Oberarmes dienen; obige Befunde bestätigen dies auch durchaus, indem sie zeigen, dass die seitlichen Bäuche des Triceps, demnächst der Anconaeus IV, für die Streckung des Vorderarmes in Betracht kommen. Die *Lähmung des Triceps* ist eine *degenerative*. Sie muss, ebenso wie die noch constatirbare allgemeine Muskelschwäche des Armes, die Kleinheit der Hand, auf das im Jahre vorher erlittene Trauma zurückgeführt werden. Da der linke Arm beim Fallen zwischen Boden und Körper gepresst wurde, so ist es vermuthlich zu einer *Quetschung des M. triceps und seiner Nervenäste*, vielleicht auch zu einem *Oberarmbruche* gekommen (nach einem solchen ist bereits eine solche isolirte Tricepslähmung beobachtet worden). Auffallend wäre es freilich, dass ein solcher Bruch ohne rationelle Behandlung so geheilt ist, dass man die Bruchstelle nicht mehr findet. Da Pat. nie untersucht wurde, ist auch nicht bekannt, ob etwa andere Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis bestanden haben, welche zu der — weniger erheblichen — Unterernährung der Musculatur des Vorderarms und der Hand geführt haben. Bei dem Mangel distincter Muskelatrophie, nachweisbarer Sensibilitätsstörungen und elektrischer Veränderungen — abgesehen von dem Tricepsbefunde — ist es nicht wahrscheinlich, dass eine ausgebreitete Neuritis vorhanden war. Dass der linke Arm von Hause aus erheblich kleiner und schwächer gewesen sei, ist bei der guten Entwicklung des linken Beines unwahrscheinlich. Was ausser der Tricepslähmung besteht, ist also wohl als Inaktivitätsatrophie aufzufassen. Pat. giebt übrigens an, als Kind einen Schrotschuss durch die linke Maus erhalten zu haben, hat aber vor dem Unfalle von einer Kraftlosigkeit der linken Hand nichts gemerkt. Gegen

reine musculäre Lähmung und Atrophie spricht die nachgewiesene Entartungsreaction; auch die Functionslosigkeit und faradische Unerregbarkeit des räumlich von der Druckstelle weit entfernten Anconaeus IV müsste auffallen. Durch Ueberanstrengung des Triceps sah Oppenheim einmal eine Lähmung dieses Muskels, Gowers dreimal eine Lähmung des N. radialis entstehen. In obigem Falle war wahrscheinlicher Arm stark gestreckt, als Pat. mit dem Körper auf ihn fiel; der contrahierte und von dem Körper gedrückte Muskel bewirkte also eine heftige Compression der einstrahlenden Nervenäste. Ein erhebliches Arbeitshinderniss ist hier durch die Paralyse nicht herbeigeführt worden.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 5.)

- Einen Fall von Lähmung des Detrusor vesicae nach Scharlach erlebte Görl. Das jetzt 18jährige Mädchen hatte im 1. Lebensjahre einen schweren Scharlach durchgemacht. Seit der Zeit konnte Pat. am Tage, besonders bei Aufregungen, den Urin nicht mehr halten, während Nachts völlige Continenz vorhanden war. Die Anzahl der Harnentleerungen vermehrte sich im Laufe der Jahre immer mehr, indem schliesslich alle 10 Minuten Urin abfloss. Seit 3 Jahren gesellte sich dazu auch nächtliche Incontinenz. Im letzten Jahre traten 2 schwere urämische Anfälle auf. Ueber der Symphyse ist ein bis zum Nabel reichender Tumor zu fühlen. Katheterisation ergibt $1\frac{1}{2}$ l Residualharn, trüb, stark eiweissaltig. Nach der Entleerung ist die Blase als faustgrosser Tumor zu fühlen; die anderen Unterleibsorgane sind gesund. Bei der Cystoskopie findet man enorm starke Trabekelbildung, keinerlei Klappen am Orificium intern. urethrae. Sensibilität für Blasenfüllung erhalten. Dieser Umstand, sowie die Erhaltung der Function des Sphincters sprechen dafür, dass die *Lähmung nicht centralen Ursprungs* ist, sondern *Folge von Veränderung der Musculatur selbst* als Wirkung der Infectiouskrankheit.

(Nürnberger medic. Gesellschaft, 5. X. 99. —
Münchener medic. Wochenschrift 1899 Nr. 56.)

Pertussis. Ueber die Behandlung mit Antitussin lässt sich Dr. M. Heim (Düsseldorf) aus. Antitussin, ein organisches Fluorpräparat*), eine Salbe, bestehend aus 5 Th. Difuordiphenyl, 10 Th. Vaseline und 85 Th. Wollfett, wird

*) Valentiner & Schwarz, Leipzig-Plagwitz.

nur äusserlich applicirt. Man wäscht Hals, Brust und Rücken zwischen den Schulterblättern erst mit warmem Seifenwasser ab, reibt sie dann mit dem Frottirtuch trocken und vertheilt eine wenigstens wallnussgrosse Portion der Salbe auf diese Stellen, indem man sie energisch mit der flachen Hand nach Art der Massage solange in die Haut einreibt, bis die Salbe an der Hand verschwunden ist. Autor benutzte nun das Mittel bei 16 Fällen von P., zum Theil sehr schweren, und es liess ihn in keinem im Stich. Es wirkte stets hervorragend krampfstillend, und auch in den schwersten Fällen wurden die Anfälle nach mehreren Einreibungen so gemildert, dass die colossale Athemnoth, das Blauwerden, die drohende Erstickung sehr bald ganz fortfielen. Auch die schleimlösende Wirkung war eine eclatante. Ferner verminderten sich die Anfälle an Zahl schon am 2. Tage der Behandlung um die Hälfte und nahmen von da täglich weiter ab; die Dauer des Leidens belief sich nach Beginn der Behandlung auf höchstens 2 Wochen. Ja, sehr früh angewandt, beschränkte Antitussin das Leiden öfters auf das katarrhalische Stadium. Nimmt man noch dazu die Unschädlichkeit des Antitussins, so ist dasselbe sicher als eines der besten Keuchhustenmittel anzusehen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1899 Nr. 50.)

— Phenocoll als bestes Keuchhustenmittel empfiehlt S. Ostrowski. Das Präparat, das auch von kleinsten Kindern gut vertragen wird, giebt man Kindern bis zu 1 Jahr in 1 0/0 iger Lösung, bis zu 2 Jahren in 1 1/2 0/0 iger, über 2 Jahren in 3 0/0 iger, am besten nach folgendem Recept:

Rp. Phenocoll. hydrochloric. 0,5—1,0
—1,5—3,0

Decoct. Alth. 90,0

Syr. cerasor. 10,0

D. S. 2 stdl. 1 Theelöffel.

(Wratsch 1899 Nr. 39. — Die Therapie der Gegenwart, Februar 1900.)

Psoriasis. Eugallol bei P. empfiehlt Dr. H. Goldschmidt (Breslau, Dermatolog. Abtheilung des Allerheiligen Hospitals). Es wurde nach Grüneberg applicirt, d. h. in *Aceton* gelöst und in Verbindung mit *Zinc. oxyd.*, wodurch die Eugallolwirkung wesentlich erhöht wird. Man pinselt also Eugallol (66 2/3 : Aceton 33 1/3) auf die erkrankten Stellen auf und trägt nach 1/4—1/2 Stunde Zinkpaste in dünner

Schicht auf. Ein Verband wurde nachher nicht gemacht (weil nach Anziehen der Unterkleider noch eine genügende Menge der Paste von dem klebrigen Aceton festgehalten wird), auch wurden die Schuppen vorher nicht entfernt, sondern das Mittel direct auf denselben applicirt. Am nächsten Tage waren alle gepinselten Stellen schwarz gefärbt. Die Pinselung wurde mehrere Tage hintereinander wiederholt, wobei auch jedes Mal wieder Zinkpaste aufgetragen wurde. Schon nach der 1. oder 2. Pinselung liessen sich die schwarzen Schuppen leicht abheben, und es erschien unter ihnen eine glänzende rothe Fläche. Nach 5—6 maliger Pinselung durchschnittlich war die Röthung verschwunden, und es blieb eine etwas braunroth gefärbte glatte Fläche zurück, die in vielen Fällen auch noch mehrere Wochen nach dem Aussetzen der Pinselung in demselben Stadium verharrte, so dass man wohl von einer Abheilung der einzelnen Efflorescenz sprechen kann. Häufig kommen während der Behandlung und nach derselben an anderen Stellen wieder neue Efflorescenzen zum Vorschein, die gleichfalls nach wenigen Pinselungen wieder abheilen. In einer geringen Anzahl von Stellen bildete sich um die gepinselten Stellen ein schmaler entzündlicher Saum und die Pat. empfanden leichtes Brennen, eine Störung, die nach 1—2 tägigem Aussetzen der Behandlung wieder verschwand. Trotz dieser raschen Wirkung auf die einzelne Efflorescenz sind aber Fälle mit reichlicher Eruption nicht geeignet für die Eugallolbehandlung, weil es sehr mühsam und zeitraubend ist, alle Efflorescenzen zu treffen, und auch die Behandlung zu kostspielig wäre. Bei beschränkter Ausbreitung der P. aber in Form einzelner inveterirter Plaques leistet das Mittel Vorzügliches. Intoxicationen scheinen selbst bei ausgedehnter Anwendung nicht vorzukommen. In mehreren Fällen wurden auch Psoriasisherde des Kopfes und Gesichtes so behandelt und heilten nach wenigen Pinselungen ab. Abschneiden der Haare erleichtert die Behandlung auf dem Kopfe, ist aber nicht unbedingt nothwendig. Auch die Schwarzfärbung stört ja hier nicht sehr, mehr freilich am Gesicht, wo sie aber viele Pat. wegen der raschen Wirkung und bequemen Anwendungsweise wohl gern in den Kauf nehmen werden (etwas lässt sie sich auch durch Aether beseitigen!). Leider wird die Wäsche verfärbt und unbrauchbar gemacht. Eugallol-Aceton ist auch theuer (100 cem obiger Lösung Mk. 7.50), weshalb man nur geringe Mengen verschreiben soll, die ja aber auch für circumscripte Herde ausreichen. Auch einzelne Fälle von *Trichophytie* und von

chron. schuppendem Ekzem des Handrückens mit starker Verdickung der Haut wurden erfolgreich so behandelt.

(Dermatolog. Centralblatt III, 1.)

- Einen gewissen Zusammenhang zwischen P. und Diabetes documentiren einige in der Litteratur niedergelegte Beobachtungen. Dieselben zeigen, dass *Psoriasiskranke eine grössere Neigung zu Diabetes* zeigen, als gesunde Menschen. Um diesen Zusammenhang auch experimentell klarzulegen, hat Fr. Nagelschmidt (Berlin, III. medic. Klinik der Charité) mit 25 Psoriatikern Versuche gemacht, *alimentäre Glykosurie* hervorzurufen. Und es gelang dies 8 Mal. 3 Fälle davon sind allerdings nicht ganz einwandfrei, indem 1 Mal chron. Bleiintoxication, 1 Mal Fettsucht, 1 Mal spastische Spinalparalyse neben der P. bestanden, 3 Zustände, bei denen ebenfalls das Zustandekommen einer alimentären Glykosurie beobachtet wurde. Da letztere aber hier recht selten ist, kann man in jenen 3 Fällen jedenfalls diese anderen Affectionen nicht allein für die Glykosurie verantwortlich machen, so dass also *in 32 % der untersuchten Psoriatiker die Erzeugung der Glykosurie gelang*. Zieht man in Betracht, dass bei einer Anzahl anderer Hautkrankheiten, die vergleichsweise nach derselben Methode untersucht wurden (Furunculose, Prurigo, Pruritus, Ekzeme etc.) nicht ein einziges Mal Glykosurie sich zeigte, so lässt sich ein relativ häufiges Vorkommen der alimentären Glykosurie bei jenen untersuchten Fällen nicht in Abrede stellen, und man muss die erzielten Resultate, im Zusammenhang mit den Litteraturangaben über das Zusammentreffen von P. und Diabetes, für so auffallend erklären, dass wohl kaum ein blosser Zufall maassgebend sein kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 2.)

Rhinitis. Formalin zur Behandlung der Rh. atrophicans empfiehlt Bronner. Mit Lösungen von 1:1000—2000 lässt er täglich 2—3 Mal Nasenausspülungen machen. Formalin ist nicht nur ein gutes Desodorisans, sondern beeinflusst auch die Drüsensecretion in günstiger Weise, so dass die Eintrocknung des Secrets zu Borken verhindert wird.

(Brit. med. journ. 1899, II. — Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 1.)

- Einen Fall von Rh. pseudomembranacea beobachtete Dr. Nachod und demonstrierte Membranen aus der Nase des nicht ganz 4 Wochen alten, mit dieser Affection behafteten

Kindes. Obwohl es bei dieser Krankheit meist gelungen ist, den bakteriologischen Nachweis zu führen, dass es sich um Diphtherie handelte, sind doch auch mehrfach Fälle nicht diphtheritischer Natur beschrieben worden. Auch in Autors Fall wurde trotz eingehender Untersuchung der Löffler'sche Bacillus nicht nachgewiesen. Für den Arzt muss es natürlich in solchen Fällen sehr wichtig sein, die *Differentialdiagnose zwischen Nasendiphtherie und einfacher pseudomembranöser Rh.* zu stellen. Da kann aber nur eine *bakteriologische Prüfung* maassgebend sein, indem weder der protrahierte Verlauf, noch das Fehlen schwerer Allgemeinsymptome die Nasendiphtherie ausschliessen, welche oft recht gutartig verläuft, in anderen Fällen dagegen, wenn nicht rechtzeitig erkannt und specifisch behandelt, oft erst nach Verlauf von Tagen ihre deletäre Seite hervorkehrt. Autor hält es daher für angezeigt, in allen Fällen, wo sich Pseudomembranen in der Nase vorfinden und eine genaue bakteriologische Untersuchung nicht durchführbar ist, die *Serumtherapie* anzuwenden, selbst bei Fehlen schwerer Allgemeinsymptome. In den seltenen Fällen sicher nachgewiesener Rh. pseudomembranacea wird man davon Abstand nehmen, was auch in obigem Falle geschah, der zur vollständigen Heilung führte. — *Discussion:* Chiari erwähnt, dass bei ihm vor kurzem ein Fall von fibrinöser Rhinitis secirt wurde, bei der es sich lediglich um den Streptococcus pyogenes handelte. Der Name „Rh. pseudomembranacea“ ist unrichtig, indem ja in den Fällen, die nichts mit Diphtherie zu thun haben, wirkliche Fibrinmembranen ebenfalls gebildet werden können. — Epstein bemerkt, dass die primäre Nasendiphtherie eine nicht seltene, gefährliche und deshalb sehr beachtenswerthe Erkrankung der Säuglinge ist, die schon in den allerersten Lebenswochen vorkommt, aber hier leicht übersehen werden kann. Das Jahre hindurch bestehende, epidemische Vorkommen derselben und die zahlreichen Todesfälle an derselben in der Petersburger Findelanstalt haben dazu geführt, dass dort bei jedem Neugeborenen, der aufgenommen wurde, prophylaktisch Serum injicirt und dies 3 wöchentlich wiederholt wird, worauf die Hausinfectionen aufhörten. Ähnlich geht man in der Wiener Findelanstalt vor. Auch aus des Autors Klinik wurde eine Anzahl bemerkenswerther Fälle publicirt, darunter von Smaniotto der Fall bei einem 14 Tage alten Kinde, bei welchem nach Ausheilung der bakteriologisch erwiesenen Nasendiphtherie (Seruminjection) am 22. Tage

nach der Erkrankung eine postdiphtheritische Lähmung beider oberen Extremitäten auftrat. Es empfiehlt sich nicht nur in Fällen, wo Membranen an der Nasenschleimhaut sichtbar sind, sondern bei jeder stark behinderten Nasenathmung mit reichlicher, seröser, namentlich aber eitriger oder eitrig-blutiger Secretion mit Arrodirung der Nasenumgebung, wenn eine andere Grundkrankheit nicht vorliegt, eine bakteriologische Untersuchung auf Löfflerbacillen vorzunehmen, und, wenn diese nachgewiesen wurden, mit der Seruminjection nicht zu zögern. Bei fibrinöser Rh. mit Membranbildung möchte Autor selbst bei negativem Befunde von Löfflerbacillen die Seruminjection empfehlen. In einem solchen Falle konnten später, nachdem der Process auf den Rachen übergegangen war, doch aus diesem letzteren Löfflerbacillen gezüchtet werden. — Nachod hebt nochmals hervor, dass nur der negative bakteriologische Befund den Fall bemerkenswerth erscheinen lasse. Die Diagnose Diphtherie könne eben nur dort gestellt werden, wo Diphtheriebacillen sich finden, was in seinem Falle trotz genauesten Nachforschens nicht gelang. Auch das Aussehen der demonstrierten Membranen sei ein wesentlich anderes, als man es bei der Nasendiphtherie zu sehen gewohnt sei. Es handle sich offenbar um einen Process, der den ganzen Respirationstractus hinab verfolgt werden könne, in der Nase und im Larynx äusserst selten, und zwar eben als Rh. resp. Laryngitis fibrinosa non diphtheritica, schon öfter als Bronchitis fibrinosa und am häufigsten als croupöse Pneumonie sich finde.

(Verein deutscher Aerzte in Prag 12. I. 1900. —
Prager medic. Wochenschr. 1900.Nr. 11.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ueber Schädelverletzung bei engem Becken sprach Dr. Herrmann, gleichzeitig ein Kind mit *starker trichterförmiger Impression des Scheitelbeins* vorstellend, welches dasselbe bei der durch *Wendung und Extraction* beendigten Geburt aquirirte. Mutter 30.jähr. VIII para. 3 Geburten verliefen spontan, bei 5 war Kunsthülfe, theils Perforation, theils Wendung wegen Querlage erforderlich. Die Kinder sind stets klein gewesen, nur eins blieb am Leben. Die Wehen begannen diesmal am normalen Ende der Schwangerschaft, kurze Zeit nach ihrem Beginne floss das Fruchtwasser ab. 2 Tage lang hatte die Kreissende nur schwache Wehen, am 3. setzten sie mit grosser Heftigkeit ein. Da die Geburt einen entsprechenden Fortschritt nicht zu machen

schieben, wurde ärztliche Hülfe in Anspruch genommen. 2. Schädellage bei mässig ausgesprochenem Hängebauch; Kopf, einen recht grossen Eindruck machend, stand beweglich auf dem Beckeneingang, Muttermund kleinhandteller-gross; kleine Fontanelle rechts seitlich, Pfeilnaht quer; Conjugata diagonalis 11 cm. Die Wehen wirkten noch eine Zeit mit grosser Stärke fort, doch war die Frau bald so ermattet, dass ihr eine Morphiumeinspritzung eine Ruhepause verschaffen musste (Mittag). Als Autor am Abend die Frau wiedersah, wurde ihm berichtet, dass nach etwa 2stündiger Pause wieder sehr kräftige Wehen aufgetreten wären, welche die Frau durch Action der Bauchpresse unterstützt habe. Als Erfolg fand Autor jetzt den Muttermund fast ganz verstrichen, den Kopf fest auf den Beckeneingang aufgedrückt, aber in typischer Hinterscheitelbeineinstellung. In dieser Anomalie erblickte er die Indication zur Wendung und Extraction. Erstere war, wohl infolge des schon vor 3 Tagen erfolgten Wasserabflusses, recht erschwert, letztere bis auf die Entwicklung des Kopfes leicht. Es bedurfte eines mehrfach wiederholten, recht energischen Zuges von unten, unter gleichzeitigem Druck von aussen, um den Kopf den Beckeneingang überwinden zu lassen; die übrige Entwicklung desselben erfolgte rasch. Das Kind wurde leicht asphyktisch geboren, schrie aber bald. Es war 52 cm lang, 3875 g schwer, hatte 37 cm Kopfumfang. Als Ausdruck des überwundenen Missverhältnisses zwischen Kopf und Becken zeigte es eine tiefe trichterförmige Impression des rechten Scheitelbeines von $6\frac{1}{2}$ cm Länge und $3\frac{1}{2}$ cm Breite. Das Becken der Mutter erwies sich als einfach plattes mit einer Vera von 9,5 cm und im Uebrigen normalen Maassen. — Autor demonstriert nun das jetzt 10 Wochen alte Kind. Es verhielt sich vom 1. Tage ab bei Muttermilch völlig normal, zeigte nie besondere Schmerzensäusserungen, das Betasten des Kopfes stets schmerzlos, nie Zeichen einer äusseren oder inneren Blutung. Die Impression ist seitdem stark zurückgegangen, was ja mit den Angaben der Autoren übereinstimmt, welche berichten, dass diese trichterförmigen Impressionen in der ersten Zeit bis zu einem gewissen Grade zurückgehen können. Was heut noch zu sehen ist, wird wohl das ganze Leben lang so bleiben. So grosse Impressionen sind recht selten, ihre Prognose günstiger als die anderer Schädelknochenverletzungen, ihre Mortalität aber immerhin noch 50 0/0. Hat aber das Kind die primäre Schädigung gut vertragen, dann ist für die weitere Entwicklung nicht

viel zu fürchten, indem eine spätere Schädigung der Hirnfunctionen, mangelhafte Entwicklung eines Hirncentrums durch eine solche Impression kaum vorkommen. Die Art und der Sitz der Verletzung ist typisch für die Extraction des nachfolgenden Kopfes bei engem Becken, viel seltener finden wir sie bei der Zange, kaum bei Spontanverlauf. Bedingung für ihre Entstehung ist eine kurzdauernde, sehr heftige Gewalteinwirkung. Es ist ja bekannt, wie eminent gefährlich für das Kind eine solche werden kann, und wenn uns andererseits die Erfahrung lehrt, dass die Naturkräfte oft ganz erstaunliche Misverhältnisse zwischen Kopf und Becken überwinden können, ohne eine so schwere Gefährdung des kindlichen Lebens, so darf der günstige Ausgang eines solchen Falles die Thatsache nicht vergessen machen, dass, nach Beobachtungen in der Breslauer Klinik, die Mortalität der Kinder bei engem Becken bei Spontanverlauf ca. 5 0/0, bei Wendung und Extraction 36 0/0 beträgt. Man wird also eine *abwartende Therapie bei engem Becken in jedem Falle durchzuführen bestrebt sein und nur bei strenger Indication zur künstlichen Beendigung der Geburt sich entschliessen*. Bei Durchsicht der Geburtsgeschichten von Wendung und Extraction bei engem Becken ist noch auffallend, dass bei ganz gleichen Relationen zwischen Kopf und Becken das eine Mal eine tödtlich verlaufende Fissur oder Fractur, das andere Mal eine Impression mit gutem Ausgang für das Kind entsteht. Die Annahme einer verschiedenen Biegsamkeit der Knochen könnte das erklären. Da Autor aber auch bei künstlichen Frühgeburten, wo man doch die grösste Biegsamkeit voraussetzt, tödtliche Fissuren fand, so ist ihm diese Erklärung nicht genügend. Wir brauchen bei jeder schweren Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei engem Becken immer den Druck von aussen. Wirkt dieser nun in einer falschen Richtung, d. h. mehr nach unten, bei der liegenden Frau in einem sehr spitzen Winkel zur Horizontalen, so wird er den mit seiner Basis im Beckeneingang stehenden Kopf in der Richtung vom Scheitel zur Basis zusammendrücken, die Querdurchmesser also vergrössern und einer Abflachung des Scheitelbeins direct entgegenarbeiten. Wir brauchen also zur Ueberwindung des Beckeneingangs eine viel zu grosse Kraft, deren Resultat eine tödtlich verlaufende Fissur sein kann. Wirkt der Druck von aussen dagegen richtig, d. h. wird der Kopf in der Richtung der Beckeneingangsachse steil nach hinten gedrückt, so muss die Kraft mehr am

vorderen Scheitelbein angreifen, die Querdurchmesser werden also kleiner, die Abflachung des Scheitelbeins wird begünstigt. Wir brauchen also eine geringere Kraft zur Extraction und haben dann auch eine geringere Verletzung, eine Impression.

(Medicin, Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur in Breslau, 2. II. 1900. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1900 Nr. 14.)

- Einen Fall von Vagitus uterinus beschreibt Dr. Härtel (Meerane i. S.). Derselbe wurde zu einer 41 jähr. V pargerufen, welche angab, schon seit über 12 Stunden Wehen zu haben. Die Hebamme war noch nicht da, durch eine andere Geburt abgehalten. Sie selbst war der Meinung, dass sie bis zur Niederkunft noch 4 Wochen Zeit habe, hatte deshalb von den Wehen wenig Notiz genommen und ihre häuslichen Geschäfte weiter besorgt. Guter Gliederbau, normales Becken, 2. Fusslage, Wasser abgeflossen, Muttermund 5 Markstückgross. Nach etwa 2 Stunden — die Hebamme war unterdessen eingetroffen — begann Autor die Frau in Schräglage zu chloroformiren. Da plötzlich, ehe noch die Narkose eingetreten war, hörte man Kinderschreien, so dass man unwillkürlich sich umsah, ob nicht ein Kind in der Nähe sei. Das war aber keineswegs der Fall, es musste sich um Vagitus uterinus handeln. Nach Herunterholen eines Fusses jetzt Extraction des Kindes, die sich infolge Krampfs des Muttermundes für den Kopf etwas verzögerte. Kind klein, frühreif, etwa 9 Monate alt, kam scheinodt zur Welt und wurde erst nach längerer Zeit durch Schwingen zum Athmen gebracht. — Das Zustandekommen des Vagitus uterinus führt Hofmann auf Grund der Untersuchungen von Schulz und Hegar darauf zurück, dass „der Druck in der Wehenpause innerhalb des Uterus bei halber Bauchlage, Kniehand- oder gar Knieellenbogenlage der Gebärenden unteratmosphärisch wird, so dass, wenn bei Einführung eines Zangenlöffels etc. eine Communication des Raumes zwischen Uteruswand und Brustbauchfläche der Frucht mit der Atmosphäre hergestellt wird, die äussere Luft ohne weiteres in jenen Raum angesogen resp. eingedrängt werden wird. Die so entstehende Tympanites uteri wird dem Kinde Gelegenheit zum Luftathmen und die Möglichkeit zum Schreien im Mutterleib geben.“ Im obigen Falle war keine geburtshülfliche Operation, keine abnorme Stellung der Gebärenden dem Schreien vorausgegangen. Das Kind kam scheinodt zur Welt und würde wahrscheinlich abgestorben sein, wenn nicht Wiederbelebungsversuche er-

folgt wären. Nimmt man nun bei der Kleinheit des Kindes und den günstigen Beckenverhältnissen, wo die Geburt ev. spontan, ja heimlich hätte verlaufen können, einen *criminellen* Fall an, so hätte Inculpatin behauptet, dass das Kind todt zur Welt kam, während die Lungenprobe gezeigt hätte, dass die ganze oder wenigstens ein grosser Theil der Lunge lufthaltig war, d. h. das Kind gelebt hat; also Inculpatin und Sachverständiger hätten beide Recht! Es ist daher wichtig zu wissen, was obiger Fall zeigt, dass *ein Kind im Mutterleibe gelegentlich athmen kann, ohne dass geburtshilfliche Operationen vorausgegangen sind und ohne dass sonstige begünstigende Momente vorliegen.*

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 Nr. 47.)

- Forceps in mortua anzulegen, hatte Dr. H. Fleischmann Gelegenheit: 30jähr. I para, hatte während der Gravidität wegen öfterer Athembeschwerden und Herzklopfens Digitalis und Strophanthus erhalten. Herzuntersuchung ist wegen der häufigen Wehen nicht möglich, Muttermund überaus rigid. Deshalb Irrigationen mit warmem Wasser. Nach 4 Stunden wiedergeholt, fand Autor die Frau in hochgradiger Dyspnoë, Gesicht und Lippen cyanotisch, Puls arhythmisch und kaum zählbar; Muttermund verschwunden, Kopf in der Beckenhöhle mit nach vorn rotirter kleiner Fontanelle. Er beschloss, Forceps anzulegen und lagerte die Frau wegen der Dyspnoë in halb sitzender Stellung aufs Querbett. Trotz Aether- und Campherinjection hörten, als Autor kaum den 1. Löffel eingelegt, Athmung und Puls auf. Wiederbelebungsversuche 10 Minuten lang, aber ohne Erfolg. Jetzt Einlegen des 2. Löffels, *Extraction des asphyktischen Kindes, das schnell zu sich kam und seitdem sich gut entwickelt.* Die Section der Mutter ergab Insufficienz der Aorta und Bicuspidalis, *Fettdegeneration des Herzens.*

(Ungar. medic. Presse 1899 Nr. 46/47.)

Syphilis. Einen Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hydrarg. salicyl. publicirt Dr. Stark (Posen). Der betreffende Pat. consultirte ihn in der Absicht, eine Injectionseur durchzumachen. Er hatte sich vor $\frac{1}{2}$ Jahr inficirt, worauf secundäre Erscheinungen folgten. Die eingeleitete Schmierkur konnte infolge abnorm starker Behaarung der Haut nicht durchgeführt werden, worauf 8 Injectionen (wöchentlich eine) vorgenommen wurden (mit welchem Präparat? unbekannt). Autor injicirte nun intramusculär $\frac{1}{2}$ Pravaz'sche Spritze von:

Hydrarg. salicyl. 1,0

Paraffin. liq. puriss. ad. 10,0

mit der Weisung, am 5. Tage wiederzukommen. Pat. kam aber erst am 10. Tage, sich damit entschuldigend, er sei krank gewesen. Er gab an: „An demselben Tage, an dem ich die Einspritzung erhielt, kehrte ich einige Stunden später in einem hiesigen Restaurant ein und liess mir eine Hummermajonnaise geben. Dieselbe schien mir nicht ganz frisch zu sein, und ich verspürte auch kurz nach dem Essen Unwohlsein. Letzteres steigerte sich bald derart, dass ich auf meiner Heimreise im Coupé starkes Erbrechen bekam, welches während der folgenden 5 Tage anhielt und besonders heftig auftrat, sowie ich feste Nahrung zu mir nahm. Ich konnte deswegen nur Flüssigkeiten geniessen. Am 2. Tage traten auf Brust, Rücken, Armen und Oberschenkeln rothe Flecke auf, die zu schwellen anfangen und sich stellenweise zu Blasen ausbildeten. Vom 6. Tage an gingen sämtliche Erscheinungen ziemlich rasch zurück.“ Pat. zeigte noch an 2 Stellen Spuren früherer Blasen. Hatte nun wirklich die Hummermajonnaise hier toxisch eingewirkt oder die Injection? Autor machte die gleiche Injection jetzt nochmals, es traten darauf dieselben Symptome auf, nur dass sie jetzt 1 Tag länger anhielten (die Injectionsflüssigkeit stammte aus einer anderen Apotheke!). Es war also jeder Zweifel behoben. Aber Pat. hatte doch früher reactionslos eine Injectionscur vertragen! Um der Sache auf den Grund zu gehen, injicirte Autor eine Pravaz'sche Spitze von:

Calomel. vap. parat. 1,0

Ol. Olivar. optim. 9,0

Diese wurde sehr gut vertragen: Also nicht das Hg, sondern das Salicyl bildete den schuldigen Theil! Diesen Verdacht äusserte früher schon mal Epstein, verwarf ihn aber, „da von der Salicylsäure bei der Application von Hydr. salicyl.-Injectionen doch nur ganz geringe Mengen in den Körper eingeführt werden.“ Stark hält diesen Einwand nicht für stichhaltig. Denn bei vorhandener Idiosynkrasie genügen schon geringste Mengen des Medicaments, z. B. ein Stäubchen Jodoform, um reizend zu wirken. Obiger Fall hat den Autor nicht abgehalten, Hydrarg. salicyl. weiter anzuwenden, weil dasselbe neben seiner vorzüglichen Wirkung sonst sehr gut vertragen wird. — Schlimmer als solche Zufälle ist die *Paraffinembolie der Lungen*. Solche hat Autor unter 250 intramusculären In-

jectionen mit unlöslichen Hg-Präparaten 2 mal erlebt. In dem einen Falle stellten sich die ersten Symptome, Husten, Athemnoth, Angstgefühl ein, als Pat. bereits zu Hause angelangt war, d. h. 15 Minuten nach der Injection. Pat. legte sich zu Bett, da er bald nachher zu fiebern anfang. Der Zustand hielt 2 Tage an, nach 5 Tagen war Pat. genesen. Im 2. Falle trat fast gleichzeitig mit der Einspritzung, als Autor noch nicht Zeit hatte, die Canüle herauszuziehen, starker Husten ein neben heftigen Stichen beim Athmen und Druckgefühl über dem Sternum, wozu sich bald Schweissausbruch und Angstgefühl hinzugesellten. Unter Umschlägen mit heissgemachten Tellern besserte sich der Zustand nach $\frac{3}{4}$ Stunden wesentlich, nach 3 Tagen war alles verschwunden. Beide Embolien fallen unter die ersten 130 Einspritzungen, bei denen Autor die Canüle senkrecht in die Nates einstieß und das Medicament ohne weiteres injicirte. Von da ab verfuhr er aber, wie Lesser vorschrieb, d. h. er nahm nach dem Hineinstecken der Nadel die Spitze ab, um zu sehen, ob aus der Canüle Blut herausquoll resp. ob der Canüleninhalt sich vorbauschte, und führte erst, wenn dies nicht der Fall war, durch ganz langsames Vorschieben des Stempels die Injection aus. Seitdem ist kein solcher Unfall mehr vorgekommen, und Autor führte glücklich alle Injectionen mit unlöslichem Hg-Präparaten, die ausgezeichnet wirken, zu Ende.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 5.)

- Idiosynkrasie gegen Hg-Präparate beobachtete Dr. B. Schulze (Kiel) bei einem Pat., der zuerst von einem Collegen behandelt worden war. Dieser hatte dem Mann, der 1896 mit einem Primäraffect zu ihm kam, Calomel zum Aufstreuen verordnet, was aber starkes Arzneiexanthem hervorrief. Es traten dann Secundärererscheinungen auf. Pat. versuchte eine ganz vorsichtige Schmiercur (täglich nur 1 g), musste aber nach 2 Tagen wieder aufhören, wieder wegen starken Exanthems. Nun kam er zum Autor mit im Abblassen begriffenem maculo-papulösem Exanthem, Drüsentumoren, Angina specifica (am 19. II. 96). Es wurde nochmals eine Inunction mit 1 g Ung. hydr. versucht, aber schon Tags darauf fand sich eine neue Eruption vor. Nach 14 Tagen erhielt Pat. eine Injection von 0,01 Sublimat in den linken Gluteus, wurde aber nach 10 Minuten sehr schwach, ohnmächtig, (Temp. 36,8°, Puls 42), welcher Zustand bis Abend anhielt. Tags darauf, nach gleicher Injection, dieselbe Folge

(Temp. 36,4°, Puls 40), dazu Arzneiexanthem. Nach einigen Tagen, als alles wieder zurückgegangen, erhielt Pat. 1 Pille von Hydr. tannic. 0,1. Tags darauf Exanthem. Auf Rath von Prof. Finger (Wien) wurde jetzt *Hydr. tannic. in anfangs ganz kleinen, allmählig steigenden Dosen* versucht, also zuerst 0,01 pro Pille bis 0,1 drei Mal tägl. Der Erfolg war überraschend, *der Pat. vertrug die Cur tadellos*, auch bei 0,3 täglich zeigte sich nichts, die Lueserscheinungen waren rasch verschwunden, und nach 12 g konnte Pat. symptomfrei entlassen werden. Auch im October 1896 nahm Pat. wieder Pillen, diesmal gleich 0,1 täglich, sofort steigend bis 0,3 ohne üble Nebenerscheinung. Im März 1897, als sich ein kleines Recidiv zeigte, wirkten die Pillen wieder prompt und April 1899 nahm Pat. nur zur Beruhigung wieder 10 g des Mittels, gleich mit 0,3 pro die beginnend; er schien sich im Laufe der Zeit an die interne Darreichung des Hg gewöhnt zu haben. Der Fall lehrt also, dass man unter Umständen die Idiosynkrasie durch geeignete Anwendung der scheinbar schädlichen Mittel bekämpfen kann, sowie, dass ein luetisches Individuum mit scheinbarer Idiosynkrasie gegen Hg sehr schnell unter Anwendung dieses Mittels geheilt werden kann.

(Ibidem.)

- Resorbinquecksilber als Ersatzmittel der grauen Salbe wurde an der Prof. Neumann'schen Klinik (Wien), wie Dr. J. Silberstein mittheilt, mit Erfolg benützt. Es kam bei den verschiedensten Formen der S. zur Verwendung und versagte in keinem Fall. Gegenüber der grauen Salbe hat es noch folgende Vortheile: Verkürzung und Erleichterung der Einreibung, besseres Eindringen in die Epidermis, angenehmen Geruch und Herabsetzung der Behandlungsdauer. Es ist daher geeignet, die graue Salbe in der Therapie der S. vollständig zu ersetzen. Es machte weder locale noch allgemeine Nebenerscheinungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 8.)

- Sapodermin, eine neue, aus Quecksilbercaseinat hergestellte*) Seife (Stückseife enthält 2 0/100 Hg, es wird aber auch solche bis 1 0/100 geliefert) hat Dr. A. Sack (Heidelberg) mit gutem Erfolge bei verschiedenen bakteriellen und mykotischen Processen der Haut angewandt, so besonders bei Akne, Impetigo coccogenes, infectiöser Folliculitis, Sycosis barbae,

*) Chem. Fabrik von Rad (Pfersee b. Augsburg).

Furunculosis, Trichophytie, mykotischem Ekzem etc. Die heilsame Wirkung ging ohne jede Reizung — der mitunter auch nässenden oder eiternden — Haut vor sich. Am sichersten erwies sich die Wirkung beim Auftragen von sehr concentrirtem Seifenschaum, der auf der Haut erst eintrocknete und dann gewissermaassen eine die Haut fest umspannende und tief in die Follikelmündungen eindringende, klebrige Membran bildete. *Besonders gut bewährte sich aber die Seife bei allerlei syphilitischen, mit Desquamation, Pustulation und Ulceration einhergehenden Hautaffectionen.* In vielen Fällen genügte schon häufig wiederholtes Aufstreichen des dicken Seifenschaumes, um die sichtbaren Veränderungen ohne Zuhilfenahme anderer antisyphilitischer Mittel zum Abheilen zu bringen. Stets erwies sich die Seife als mild und reizlos. Da die recht billige Seife stark bakterienfeindliche Wirkung entfaltet, dürfte sie auch für andere Zwecke, z. B. für die Sprechstunde des Arztes, sich gut eignen.

(Therap. Beilage Nr. 2 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1900.)

- **Europen** bei *Ulcus durum* wandte Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) in 79 Fällen an und war mit den Erfolgen sehr zufrieden, da dieselben hinter den mit Jodoform erreichten nicht zurückstanden, Europen sich aber noch durch geringen Geruch, geringes specif. Gewicht etc. auszeichnet. Auch bei *Ulcus molle* (65 Fälle) bewährte sich das Mittel, das hier, wie bei hartem Schanker mit Acid. boric. subtil. pulveris. zusammen (1 Europen: 4 Acid. boric.) verordnet wurde, während bei *Balanitis*, wo es ebenfalls prompt wirkte (13 Fälle), geringere Concentrationen (1:9) zur Verwendung kamen.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 3.)

- Einen Fall von *Lichen syphiliticus* theilt Dr. W. Hirschlaff mit. Die grosse Aehnlichkeit zwischen syphilitischen und tuberculösen Affectionen der Haut macht besonders bei den Formen des *Lichen syphiliticus* und *scrophulosorum* für die Diagnose oft Schwierigkeiten. In vielen Fällen wird man aus den begleitenden Symptomen, sei es nun tuberculöser oder syphilitischer Natur, zur Diagnose kommen können, oder eine mit Erfolg angewandte spezifische Cur giebt den Ausschlag. Erheblich complicirt wird die Sache, wenn Erscheinungen von beiderlei Affectionen vorhanden sind, wenn z. B., wie es bei dem vom Autor im Berliner

Städt. Krankenhause beobachteten Falle geschah, sich ein *Lichen bei bestehender S. und Tuberculose* vorfand. Die 22jähr. Pat., aus gesunder Familie stammend, bekam schon im 8. Lebensjahre an der Nasenspitze ein „Geschwür“, das trotz dauernder ärztlicher Behandlung nicht heilte, sondern sich vergrösserte; sonst war sie nie ernstlich krank. September 1898 traten wenige Wochen nach geschlechtlichem Verkehr zahlreiche Geschwüre an den Genitalien auf, die aber nach 10 tägiger Salbencur bei einem Curpfuscher heilten. Dagegen bildeten sich darauf starke Schwellungen der Leistendrüsen. Anfang 1899 trat ein über den ganzen Körper verbreiteter Hautausschlag ohne Juckreiz auf, der seitdem nicht wieder verschwand. Bald darauf bekam sie Schluckbeschwerden und erhebliche Schwellung der Halsdrüsen. Erst am 7. V. 99. liess sie sich ins Krankenhaus aufnehmen. Lang aufgeschossenes, blasses, schwächlich und leidend aussehendes Mädchen, bei der die physikalische Untersuchung, abgesehen von einer leichten Schallverkürzung der rechten Supraclaviculargrube mit scharfem Athemgeräusche, nichts Abnormes ergibt. An der Nasenspitze Haut in der Flächenausdehnung eines Thalers ziemlich scharf abgeschnitten, die gespannte, glänzende, gelblich braunrothe, derbe Haut leicht prominent, einige hanfkorn-grosse Knoten durchföhlbar. Ueber den ganzen Körper verbreitet, besonders zahlreich in Gruppen zusammenliegend, an Stirn, Rücken, Rumpf, Extremitäten, besonders in den Kniekehlen und Ellenbogen, stecknadel- bis hanfkorn-grosse Efflorescenzen, die vereinzelt leichte Schuppung zeigen, oft ein punktförmiges, dunkelgefärbtes Centrum aufweisen. Am Rücken besonders fast kreisförmig angeordnete Gruppen zahlreicher kleinster Papeln, die, abgesehen von der Pigmentirung, das Bild der *Outis anserina* vortäuschen. Einige grössere Papeln am Halse. An der Mundschleimhaut, besonders aber an beiden Tonsillen, zahlreiche Plaques muqueuses, an den kleinen Labien mehrere breite, nässende Papeln. Alle föhlbaren Lymphdrüsen des Körpers stark geschwollen, oft die ganzen Lymphstränge wie injicirt föhlbar, die submaxillaren Lymphdrüsen fast pflaumengross. Zur Sicherung der Diagnose, die auf S. und Lupus gestellt wurde, bekam Pat. am Tage nach der Aufnahme eine Tuberculininjection von 0,001 g, worauf ziemlich starke Reaction an der Nase unter Fieber bis 38,5° eintrat, ohne dass aber das Exanthem des Körpers eine Veränderung zeigte. Nunmehr vorsichtige antiluetische Behandlung, worauf nach

2 Monaten die luetischen Erscheinungen verschwanden. Der Lichen hinterliess nach leichter Schuppung nur sehr langsam schwindende braune Flecke, zumeist mit einer kleinen, feinen, noch dunkleren, centralen Vertiefung. Pat. war erheblich angegriffen und erholte sich erst nach Wochen. Der Lupus blieb unverändert, ebenso die Affection der Lungenspitze.

(Dermatolog. Centralblatt Januar 1900.)

Tuberculose. Einen 10 jähr. Knaben stellt Henkel vor, der von einer tuberculösen Meningitis geheilt ist. Letztere war diagnostisch sicher gestellt, indem in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Spinalflüssigkeit Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Trotzdem erholte sich Pat. und gesundete, zeigt allerdings intellectuelle Defecte, ist auffallend ruhig und theilnahmslos und bietet einen intensiven Haar- ausfall.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 16. I. 1900. — Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 4.)

— Gegen die Castration bei Tuberculose des Nebenhodens schreibt Prof. E. Albert (Wien) folgendes: „Die Castration wurde und wird heute noch wegen Tuberculose des Nebenhodens in einem Umfange geübt, den man nicht billigen kann. Es giebt Aerzte, welche die Operation anempfehlen, sobald die Diagnose festgestellt erscheint; es giebt Kranke, welche sie aus Furcht vor einem baldigen Tode oder einem sicheren Siechthum verlangen; es giebt Operateure, welche sie in solchen Fällen ohne Bedenken auch ausführen. Aus meinen Erfahrungen, die ich nicht statistisch belegen kann, die aber immerhin eine Reihe von Sätzen zu formuliren gestatten, ergeben sich folgende Einwände gegen die schablonenhafte Vornahme der Operation: Erstlich giebt es eine erkleckliche Zahl von Kranken, bei denen die Nebenhodentuberculose, auch wenn sie beiderseits auftritt, viele Jahre lang besteht, ohne dass der Kranke irgendwie ersichtlich verfällt. Ich behandelte einen Fall, der über zehn Jahre lang dauerte, ohne dass der Kranke in seinem Berufe und in seiner Lebensweise irgendwie erheblich gestört worden wäre; die Knoten brachen zeitweise auf, es bildeten sich Fisteln, einzelne heilten, brachen wieder auf und der Kranke hatte weiter keine Beschwerde, als die der spärlichen Eiterung. Ich verlor ihn aus den Augen, aber ich höre, dass er noch lebt und keine krankhaften Erscheinungen darbietet. Eine Reihe analoger Fälle, wo aber die Be-

obachtung, wenn auch mehrjährig, doch nicht ein ganzes Decennium umfasste, führen zu der Ansicht, dass mit der Diagnose auf Nebenhodentuberculose — selbstverständlich muss sie bakteriologisch verificiert sein — noch nicht eine solche Gefährlichkeit des Zustandes gegeben ist, dass das kranke Organ entfernt werden müsste. Eine zweite Reihe von Fällen zeigte mir, dass auch eine doppelseitige Castration nicht im Stande war, den Verlauf der tuberculösen Erkrankung zu sistieren. Die Kranken gingen trotz der Operation zu Grunde. Daraus kann man schliessen, dass es verschiedene Typen der Krankheit giebt, dass wir einmal einem Falle gegenüberstehen, wo das Organ nicht entfernt zu werden braucht, und ein ander Mal die Krankheit so schlimm ist, dass die Entfernung des einen Organes die Gesamterkrankung nicht bessert. Ganz ähnliche Erfahrungen machen wir auch bei anderen Fällen chirurgischer Tuberculose. Ich verweise nur auf die Gelenktuberculose der Kinder, die Jahrzehnte lang mit Resection der Gelenke behandelt wurde, während jetzt die conservative Behandlung schon allgemein anerkannt wird. Ich war — im Geiste der Schule, aus welcher ich hervorgegangen war — immer ein Gegner der Resectionspraxis, meine Ansicht wurde als irrig und bedenklich erklärt und heute bekehrt man sich zu derselben. Es wäre sehr erwünscht, wenn wir im Stande wären, zu sagen, ob ein vorliegender Fall zu den günstigeren oder ungünstigeren gehöre. Das sind wir aber nicht im Stande. Die Anhänger der Castrationspraxis castriren, den einen Hoden abtragend, heute und glauben, die Tuberculose nach Möglichkeit verhindert zu haben. Wie oft kommt es jedoch vor, dass nach einigen Monaten der Kranke zu einem anderen Arzte kommt und der zweite Nebenhode erkrankt ist! Es kommen in der Praxis noch bedenklichere Dinge vor. In die Sprechstunde kommen Kranke mit Nebenhodentuberculose, denen die Ablatio testis anempfohlen wurde. Man untersucht per rectum und findet, dass die eine Samenblase bereits vergrössert und verhärtet, demnach mit allergrösster Wahrscheinlichkeit auch schon tuberculös erkrankt sei. Welchen Sinn hat in einem solchen Falle die Castration? Meine Erlebnisse sprechen dafür, dass die soeben hervorgehobene Thatsache keine seltene sei. Sie ist eine der Schattenseiten unserer Kunst, die heute so viel Lichtseiten besitzt. In jenen Fällen, wo der Kranke die Operation verlangt, beschränke ich mich daher darauf, den tuberculösen Knoten zu spalten und auszuräumen.⁴

(Die Therapie der Gegenwart 1900 Nr. 1.)

— Ihre Erfahrungen betreffs Behandlung von Lupus (und sonstiger Hautaffectionen) mit Röntgenstrahlen publiciren Dr. Albers-Schönberg und Dr. R. Hahn (Hamburg), wobei sie zu folgenden Schlussfolgerungen kommen:

1. Wir besitzen in den Röntgenstrahlen ein Mittel, welches auf Lupus und andere Hautkrankheiten sicher und günstig wirkt.

2. Es beseitigt absolut sicher das den Lupus begleitende Ekzem und die durch denselben entstandenen elephantiasischen Verdickungen und eignet sich infolgedessen

3. zur Flächenbehandlung und Behandlung grösserer Parthieen.

4. Recidive sind bei dieser Methode ebensowenig ausgeschlossen, wie bei jeder anderen.

5. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen schliesst durchaus nicht andere Behandlungsmethoden aus, sie ergänzt vielmehr die letzteren oder lässt sich zweckmässig mit ihnen combiniren.

6. Was vom Lupus gesagt ist, gilt in erster Linie auch vom Ekzem, ferner von einer Reihe noch näher bezüglich dieses Punktes zu studirenden Hautkrankheiten.

7. Bei geeigneter Dosirung und genügender technischer Fertigkeit kann man schädliche Nebenwirkungen wie z. B. Dermatitis, Excoriationen, Gangrän u. s. w. sicher vermeiden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 10/11.)

— Die Behandlung von T. mit Peru-Cognac setzt Dr. Schmey (Beuthen O.-Schl.) mit bestem Erfolge fort und wie er mittheilt, sind auch zahlreiche Collegen damit sehr zufrieden. Die meisten Erfahrungen betreffen die *Phthisis*. Ausnahmslos werden die günstige Beeinflussung des Appetits nebst Steigerung des Körpergewichts, Verminderung der Nachtschweisse, des Hustenreizes und Auswurfs, entsprechend der objectiv nachweisbaren Besserung des Krankheitsprocesses in den Lungen hervorgehoben. Auch *Larynxphthise* scheint prompt auf das Mittel zu reagiren. So berichtet der Director der Heidelberger Universitäts-Poliklinik für Hals und Nasenleiden: „Eine an Larynxphthise leidende 17 jähr. Schneiderin wurde längere Zeit mit Peru-Cognac behandelt. Die hektischen Erscheinungen gingen innerhalb 4 Wochen zurück und die tuberculösen Geschwüre der Epiglottis haben sich gereinigt. Der Erfolg war unverkennbar; Pat. nahm den Peru-Cognac gern ein.“ Auch Andere machten ähnliche

Beobachtungen mit Peru-Cognac (der hier auch zu Inhalationen verwendet wird). Nachdem man die Leichtbekömmlichkeit des Präparates erkannt, wird jetzt ein stärkerer Peru-Cognac hergestellt, der im Liter die Wirksamkeit von 50 g besten Perubalsams, d. h. mindestens 5 g Zimmtsäure enthält. Auch dieser Cognac wird reactionslos vertragen, ja Schmey gab ihn 2 phthisischen Mädchen, die auch an *Ulcus ventriculi* litten, mit bestem Erfolge; nachdem sich gegen dies, offenbar hier auch tuberculöse Leiden alle Mittel als erfolglos erwiesen, brachte die Darreichung von Peru-Cognac rasche Heilung. Selbst bei äusserer T. (Hoden, Gelenke) hatte das Präparat augenscheinlich günstige Wirkung.

(Sap.-Abdr. aus Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 Nr. 73.)

- Ichthyol innerlich bei T. der Harnorgane wirkte in einem von Dr. Richter (Glatz) beobachteten Falle geradezu wunderbar. Ein 19jähr. Mädchen erkrankte Mitte März 1898 an Blasenkatarrh. Länger als 1 Jahr wurde Pat. mit Diät, Medicamenten, Mineralwässern, Ausspülungen erfolglos behandelt. Es wurde daher eine tuberculöse Cystitis angenommen, wenn auch Tuberkelbacillen nicht entdeckt wurden. Heut zweifelt Autor nicht, dass es sich um T. der Niere handelte, da alle von König verlangten Zeichen dafür vorhanden waren. Der Harn war trübe, enthielt Albumen, Uebergangsepithelien, Eiterkörperchen, zuweilen Blut und Blutkörperchen (nie Cylinder!); der schmerzhafte Harndrang, welcher sich noch immer steigerte und zu stündlichem Uriniren zwang, machte das Leben zur Qual; Pat. musste sehr bald ihre Stellung aufgeben, wurde bettlägerig, fieberte, wurde immer blasser und magerer, auch Husten und schleimig-eitriger Auswurf hatten sich noch eingestellt, der Zustand erschien hoffnungslos, und die Angehörigen wollten, nachdem bisher alles vergeblich gewesen (auch Blasenspülungen mit Injection von Jodoformöl), von einer Behandlung nichts mehr wissen. Da rieth Autor noch zu einem letzten Versuch mit Ichthyol, das er dann zu 3 Mal tägl. 25 Tropfen steigend bis 3 Mal tägl. 70 Tropfen (in viel Wasser) gab. Diese enorme Dosis nahm Pat. ohne Widerwillen und ohne Nebenwirkung monatelang (bisher mehr als 5 kg). Heut befindet sie sich wieder in Stellung, sieht blühend aus, hat subjectiv kein Krankheitsgefühl, und nur der noch etwas trübe Urin zeigt Spuren von Eiweiss. Durch weitere Ichthyolbehandlung wird vielleicht völlige Gesundheit eintreten. (Deutsche Medicinal-Ztg. 1900 Nr. 2.)

- Ichthoform, ein neues Präparat*, hat Dr. F. Schäfer (Zuchthausarzt in München) bei *Darmtuberculose* vielfach angewandt und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Das unschädliche (bis 8 g Tagesdosis) Mittel beseitigte primäre tuberculöse Diarrhoeen sehr bald und dauernd, und hob bei secundären Formen meistens die Schmerzen und profusen Entleerungen auf, ohne freilich den Lungenprocess zu beeinflussen.

(Therap. Beilage Nr. 2 zur Deutschen med. Wochenschrift 1900.)

- Eine Verbreitung der T. durch den Staub alter Bücher ist in Russland erwiesen worden. Hier erkrankten eine Anzahl Beamter, die in einem Bureau der Regierung beschäftigt waren, nach einander an Phthise. Es gelang schliesslich, in gewissen Büchern Tuberkelbacillen aufzufinden. Ein früherer Beamter, der die Gewohnheit hatte, mit dem angefeuchteten Fingern umzublätern, war, Phthisiker, und auf diesen wurde die erste Infection der Bücher zurückgeführt.

(Arch. russes d. pathol. 30. Sept. 1890. — Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 6.)

Ulcus cruris. Die ambulante Behandlung mit Crurin (Edinger) empfiehlt Dr. K. Steiner (Berlin, Dr. Joseph's Poliklinik). Auf die Ansicht sich stützend, dass neben gewissen Lebensprocessen im menschlichen Organismus der sog. Process der Selbstdesinfection auch durch chemisch definirbare Substanzen ermöglicht werde, hat Edinger es versucht, solche im lebenden Organismus gebildete Körper oder wenigstens diesen analoge Verbindungen synthetisch darzustellen. Die im Speichel des Menschen bisweilen auftretende Rhodanwasserstoffsäure, die sich mit den basischen Producten des Speichels zu Rhodanaten verbindet, spielt nach seiner Meinung eine grosse Rolle, wenn man überhaupt eine rein chemisch wirkende, baktericide Wirkung des Speichels voraussetzen darf. Er hat nun eine Reihe derartiger Körper construiert, und deren bakteriologische Prüfung zeigte thatsächlich, dass jene Ansicht die richtige ist. Zu diesen Körpern gehört nun das *Chinolin-Wismuth-Rhodanat* (= Crurin), ein grobkörniges, rothgelbes, etwas scharf riechendes, in Wasser, Alkohol, Aether unlösliches Pulver, das, mit Wattebausch aufgestreut, bei

* Ichthyol-Gesellschaft in Hamburg.

starker Secretion einen gelblichen Brei, bei geringerer einen festhaftenden Schorf bildet, unter dem die Ulcera sich rasch schlossen und heilten. Es regte kräftige Granulationen an und führte selbst hartnäckige Ulcera mit callösen Rändern in kurzer Zeit zur Heilung, nachdem vorher zur Erweichung der Ränder häufig Umschläge mit Liq. Alumin. acet. gemacht waren (die auch zum Schwinden des Oedems und der entzündlichen Erscheinungen in der Nachbarschaft beitrugen). Täglich 2 Mal Aufstreuen des Pulvers in geringen Mengen (bei kleineren Geschwüren pur, bei grösseren und tieferen, wegen der häufig auftretenden Schmerzhaftigkeit mit Amylum aa), dann leichter Deckverband. Im Moment der Application meist Brennen, das aber rasch vergeht. Auch bei einigen *luetischen Geschwüren* an anderen Stellen bewährte sich Crurin.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 1.)

- Auch Dr. M. Joseph selbst ergreift betreffs des Crurin das Wort und lobt es sehr; das Mittel, welches die Epidermisregeneration und Granulirung wesentlich befördert, ist ihm bereits bei der Behandlung des U. unentbehrlich geworden, so dass er es hier nicht mehr missen möchte. Autor sonderte sein reiches Material in 3 Gruppen: In den Fällen, wo die Geschwüre schmerzhaft waren und stark secernirten, liess er zunächst einige Tage Umschläge mit essigsaurer Thonerde vornehmen und darauf erst Crurin appliciren. Wo Trockenheit und geringe Neigung zu guter Granulationsbildung auffielen, wandte er von vornherein Crurin an. Diese beiden Gruppen betreffen mässig grosse Ulcerationen bis zu 1- und 3-Markstückgrösse. Wo diese Ausdehnung überschritten wird, legt er einen das U. nach oben und unten weit überschreitenden Zinkleimverband an, der das U. selbst frei lässt, auf das nun Crurin gestreut wird. Da manche Pat. reines Crurin nicht vertragen, benützt jetzt Joseph stets eine Mischung mit Amyl. aa, (auch diese macht bisweilen noch geringe Schmerzen!), die er Morgens und Abends mittelst Haarpinsels aufstreut.

(Dermatolog. Centralblatt III, 5.)

- Irrigationen mit heissem Wasser] bei atonischen Geschwüren empfiehlt warm Dr. Kindler (Berlin, Krankenhaus Moabit). Die tonisirende Eigenschaft dieser Irrigationen bewährte sich glänzend bei U. und lang bestehende,

oft handtellergrosse Geschwüre wurden in 3—4 Wochen zur Heilung gebracht. Gleicher Erfolg bei *Mal perforant du pied*, *Fingerulcerationen infolge Syringomyelie*, *phagedänischem Schanker*, *tertiär-syphilitischen Geschwüren*. Die Irrigationen wurden, je nach Schwere des Falles, 1—3 Mal täglich vorgenommen. Das Glied wurde auf eine wasserdichte Unterlage gebracht, sodann aus einem 2 m hoch gestellten Irrigator aus dem Schlanche selbst der kräftige Strahl über das Ulcus gerieselst, so heiss, wie er vertragen wurde. Gewöhnlich wurden jedesmal 2 l Wasser verbraucht. Nachher Trockenverband mit Jodoform oder Dermatol. Die Methode bewährte sich seit mehreren Jahren vorzüglich.

(Fortschritte der Medicin, 17. I. 1900.)

Urticaria. Einen Fall von *U. recidiva* mit acuten Schüben und Albuminurie beobachtete Dr. Fr. Roth (Frankfurt a. M.). Es handelte sich um sein eigenes 3 $\frac{1}{4}$ jähriges Töchterchen, das, nachdem es schon öfters vorher ab und zu einige leichte Quaddeln von *U.* gezeigt hatte, im April d. J. an einem Hautausschlag erkrankte, der mit Niedergeschlagenheit und ziemlichem Fieber einherging. Die Hautaffection hatte viel Aehnlichkeit mit Morbillen, jedoch fehlte völlig die Betheiligung der Augen- und Bronchialschleimhaut. Befallen wurden der Reihe nach Gesicht, Rumpf und Extremitäten. Die einzelnen Effloreszenzen blässen schnell ab, so dass nach 3 Tagen an keiner Stelle mehr etwas von der Affection zu sehen war. Nur sah man zeitweilig hie und da noch einige echte Quaddeln von *U.*, wie sie auch vorher schon ab und zu zu constatiren waren. Mässiger Juckreiz. Es hatte sich schon gleichzeitig mit dem Auftreten der Affection im Gesicht eine ziemlich starke Schwellung der Augenlider gezeigt, bald der oberen, bald der unteren, bald rechts, bald mehr links, meist im Verlauf von $\frac{1}{2}$ Tag bis zu einigen Stunden in dieser Weise wechselnd. Der frisch gelassene Urin wurde täglich wolkiger, und enthielt massenhafte Schleimfäden; der an Menge verringerte Harn enthielt ferner ziemlich viel Eiweiss, sowie anscheinend Bruchstücke von granulirten Cylindern. Auf Milchdiät, Bettruhe, Wildunger verlor er in 5—6 Tagen seinen Schleimgehalt und in 8 Tagen sein Eiweiss. Allgemeinbefinden vom 2. Tage des acuten Ausschlags ab recht gut; nur leichte Verstopfung. In 14 Tagen Pat. völlig erholt. Am 16. IX. plötzlich, nachdem sich das Kind schon 2 Tage

vorher nicht recht wohl gefühlt hatte, wobei leichter Durchfall und Juckgefühl am Körper bestand, wieder Schwellung der Augenlider, die abermals $\frac{1}{4}$ stündlich wechselnd, die verschiedenen Lider befiel. Urin etwas an Menge verringert, nur kaum merklich getrübt, Eiweiss spurenweise. Temperatur und Puls ein wenig gesteigert. An Händen und Füssen, ebensowenig wie im Frühjahr, Anschwellung. Neben dieser Lidschwellung, die genau das Aussehen einer Nephritis-Schwellung zeigte, nun sofort am 1. Tage rothe Flecke in grosser Anzahl an Gesicht, Rumpf und Extremitäten, gar nicht oder nur äusserst wenig über die anliegende Haut erhaben, von 5 Pfennig- bis 5 Markstückgrösse mit unregelmässigen Rändern und sehr heiss beim Anfühlen. Zunächst erinnerte das Bild wieder an confluente Masernflecke, jedoch sah man hie und da, besonders, wenn ein stärkerer Reiz, z. B. Kratzen, auf die Stellen eingewirkt hatte, dicke Quaddeln von echter U. aufschliessen und nach 1—2 Minuten wieder verschwinden. Bettruhe, Milchdiät, Biliner. 17. IX. Heut warmes Bad von 28°, auf 30° erhöht, intern Biliner, Milch; auf das warme Bad Einwicklung in wollene Decken. Reichlicher Schweiss. Trotzdem Urinmenge vermehrt, Lidschwellung kaum noch merklich, Urticariaquaddeln seltener. 18. IX. Urin völlig eiweissfrei; Quantität sehr reichlich, Farbe blass, viel Phosphate. Quaddeln seltener, meist erythemartig, rasch verschwindend. Haut feucht, Jucken sehr gering. Biliner. In den folgenden Wochen noch öfters Bildung grösserer und kleinerer, fast nicht erhabener, schnellvergänglicher Erythemflecke im Gesicht. An Rumpf und Extremitäten, besonders Händen, Quaddeln selten, jedoch mehr ausgeprägt, erhaben, nicht erythemartig, aber auch hier Jucken recht mässig. Erythemflecke besonders nach dem Waschen an Gesicht und Händen, unstreitig Reizphänomen durch Druck, wie auch schon der Rand der Tasse beim Trinken sich scharf roth an den Wangen abzeichnet. Auf eine spitzig einwirkende Gewalt, z. B. Kratzen oder Kämmen, an den betreffenden Stellen dicke Quaddeln, an denen z. B. die parallele Kratzwirkung der Kammzinken (an der Stirn) deutlich erkennbar ist. Im Uebrigen Pat. jetzt durchaus munter, alles Uebrige ebenfalls normal. — Der Verlauf des Leidens war schon im April auffallend, noch mehr jetzt. *Augenscheinlich hatte die Noxe, welche die U. verursachte, auch die Reizung des Nierenparenchyms bewirkt.* Sicher ist die Frühjahrserkrankung ebenfalls U. gewesen. Gegen Masern sprach schon das Fehlen

von Schleimhauterkrankungen, die bei dem starken Ergriffensein der Haut sicher nicht gefehlt hätten. Allerdings erkrankten damals gleichzeitig auch Autors beide anderen Kinder (1 resp. 5 Jahre alt); beide klagten, das jüngere war mit Ausschlag übersät, ohne Schleimhautbetheiligung, jedoch leichter Lidschwellung, das ältere hatte kein Exanthem, aber Lidschwellung und leichte Albuminurie. Trotzdem glaubt Autor an U., da alle 3 schon vorher ab und zu mal Quaddeln bekommen hatten und ja vielleicht die gleiche Ursache alle 3 jetzt beeinflusst hatte, vielleicht *eine vom Darm ausgehende Noxe* (obige Pat. hatte ja im April Verstopfung, September Durchfall!).

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29, Nr. 11.)

Vermischtes.

- Neue urethrale Faradisationselektroden*) hat Dr. Fr. Dommer (Dresden) construiert, die mannigfache Vorzüge besitzen. Die Elektroden (eine urethrale und eine rectale) fassen die hintere Harnröhre, Prostata, Samenblase, Blasenhalshals in ihrer grössten Ausdehnung zwischen sich, und zwar fast ausschliesslich *isoliert*, wodurch die Wirksamkeit besonders hervortritt. Pat. kann dabei die bequeme sitzende Stellung einnehmen. Der Apparat hat sich bereits in einer Reihe von Fällen (Impotentia coeundi, sexuelle Neurasthenie, Enuresis etc.) gut bewährt.

(Wiener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 4.)

- „Thermophorcompressen“, schreibt Prof. Klemperer (Berlin), „sind Gummikissen, gefüllt mit essigsauerm Natron, welches beim Kochen im eigenen Krystallwasser schmilzt und nur sehr langsam die dabei gebundene Wärme abgibt. Werden Thermophorcompressen kurze Zeit in kochendes Wasser gehalten, so sind sie 6—8 Stunden zur localen Wärmeapplication zu gebrauchen. Ich benütze seit einigen Monaten diese Compressen in den verschiedensten schmerzhaften Zuständen entzündlicher oder nervöser Natur und halte sie für ein vorzügliches Ersatzmittel der früher angewandten heissen Wasser- und Breiumschläge.“

(Die Therapie der Gegenwart, März 1900.)

- Thiosinaminseife resp. Thiosinaminpflastermulle empfiehlt P. G. Unna (Hamburg). H. v. Hebra empfahl 1892 subcutane Injectionen von Thiosinamin (Allylsulfocarbamid) gegen Lupus. Er sah danach eine locale Reaction, ähnlich wie nach Tuberculininjectionen, und auch ähnliche Erfolge, die der Hauptsache nach auf Erweichung und Schwund des

*) C. G. Heinemann, Leipzig.

fibrösen, sklerotischen Gewebes beruhten. Die Methode vermochte sich bei Lupus nicht einzubürgern (Schmerzhaftigkeit des nur in Spiritus löslichen Mittels!), doch erzielten Hebra und andere schöne Erfolge noch bei Sklerodermie, Sklerodactylie, Narben und namentlich Keloiden. Als Unna kürzlich ausgedehnte *Narbenkeloide* (nach Verbrennung) zu beseitigen hatte, kam er auf die Idee, die örtliche Thiosinaminapplication zu versuchen. Er verwandte Pflastermulle zu 10, 20 und 30 (!) g pro Meter sowie Seife:

Rp. Thiosinamin. 0,5—1,0—2,0
Sapon. unguinos. 10,0

In beiden Formen erwies sich das Mittel als sehr brauchbares, die besten früheren Mittel an Sicherheit und Schnelligkeit übertreffendes Medicament, und zwar war der Pflastermull an Wirksamkeit und Reizlosigkeit der Seife noch überlegen, so dass *die Thiosinaminpflastermulle heute wohl den ersten Rang unter allen Mitteln gegen Keloid einnehmen dürften.* Autor behandelte dann eine Reihe von fibrösen Tumoren verschiedenster Art, *Keloide* von Schnittwunden und Aetzungen, *fibröse Stränge* auf dem Boden von *Varicen*, *Lepromen*, *Syphilomen* (Initialsklerose) und *Lupus* mit gleich günstigem Erfolge und erzielte sogar bei *Pockennarben* mit einer Nachts getragenen Maske aus dem Mull erfreuliche Besserungen. An bedeckt getragenen, unbehaarten Körperstellen am empfehlenswertheiten der permanent getragene Mull, im Gesicht, an den Händen und an behaarter Haut ist das Einschäumen der Salbenseife, welches ebenso gut, aber langsamer wirkt, meist vorzuziehen, doch kann man in schweren Fällen im Gesicht (entstellende Brandnarben, Pockennarben) beide Formen so combiniren, dass Nachts der Mull getragen, bei Tage die Seife eingeschäumt wird.

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1899 Bd. 29 Nr. 12.)

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 9.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Juni

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Augenentzündungen. Lidgangrän im Anschluss an übermässige Eisanwendung beobachtete Dr. Plant (Rostock, Univers.-Augenklinik). Ein Dienstmädchen bekam 2 Tage, nachdem ihr Sand in das eine Auge geflogen war, daselbst eine Conjunctivitis mit Schwellung der Lider. Es wurden „Eisumschläge“ verordnet, und diese Verordnung in folgender Weise realisirt. Eine trockene Schweinsblase füllte man mit kleinen Eisstückchen und legte sie direct auf die Lider, liess sie auch dort, den Inhalt häufig erneuernd, 24 Stunden lang ununterbrochen liegen, obwohl sie sehr bald heftige Schmerzen machte. Nach Abnahme der Blase Lider vollends geschwollen, auf beiden begann ein nekrotischer Process, der aber zum Glück nur das äussere Blatt betraf und dann stillstand. Man sollte nie auf die blosse Haut Eis appliciren, sondern stets ein Tuch vorher auf die Haut legen, damit solche Folgen vermieden würden. Dass solche, die auf anderen Körperstellen sich nicht selten geltend

machen, an den Augen nicht öfters eintreten, namentlich bei gonorrhöischen A., kommt wohl daher, dass infolge häufiger Auswaschungen, Reinigungen etc. der Augen eben nicht eine so permanente Application des Eises stattfindet. Jedenfalls soll der Arzt aber auch da, wenn er Eisapplication verordnet, die Laien genau instruiren.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Januar 1900.)

- Ueber die Impferkrankungen des Auges lässt sich Prof. O. Schirmer (Greifswald) aus. Er beobachtete bei einem 54jähr. Manne mit sehr starker Schwellung der Lider des rechten Auges je 1 Geschwür am intermarginalen Saume des oberen und des unteren Lides, sowie mehrere flache Geschwüre auf der Bindehaut der unteren Uebergangsfalte. Gleichzeitig zeigte die Hornhaut oben einen grösseren Epitheldefect, der sich in ein progressives Geschwür verwandelte, das nach 10 Wochen noch nicht vollkommen ausgeheilt war und zu einer dichten Trübung fast der ganzen Cornea führte. Die Geschwüre an Lid und Conjunctiva heilten ab. Von dem Belag dieser Geschwüre wurden kleine Theilchen in Impfschnitte gebracht, welche an der Bauchhaut eines Kalbes angelegt worden waren, nach 6 Tagen entwickelten sich typische Vaccinebläschen. Die Infection war höchstwahrscheinlich durch einen Arzt erfolgt, welcher 4 Tage vor Beginn des Leidens die polnischen Arbeiter auf dem Gute, wo Pat. in Stellung war, geimpft und bei dieser Gelegenheit das Lid des Kranken, dem angeblich etwas ins Auge geflogen war, herumgeklappt hatte. Der ungewöhnlich schwere Verlauf der Hornhauterkrankung ist darauf zurückzuführen, dass die Hornhaut schon in den ersten Krankheitstagen ergriffen wurde. — Die Vaccineophthalmie entwickelt sich nur nach Einbringung von Lymphe in das Auge, die gewöhnlich durch den Finger direct übertragen wird. Meist erkranken Erwachsene, welche ihre geimpften Kinder pflegen, viel seltener letztere selbst. Am häufigsten findet sich die Impfpustel auf den Lidern, und zwar meist am intermarginalen Theile. Auf der Lidhaut zeigen die Vaccinebläschen keine Besonderheiten, am intermarginalen Lidrande dagegen bilden sich meist flache Geschwüre von diphtheritischem Aussehen. Anfangs gewöhnlich sehr starkes Oedem der Lider, erst später zeigt sich das Geschwür am Lidrande. Die praeariulare Drüse der erkrankten Seite meist geschwollen. Hornhaut und Bindehaut in der Regel intact, doch event. auch so heftige Conjunctivitis, dass man an Bleunorrhoe

denkt. Das Geschwür kriecht oft weiter fort, resp. es entstehen neue Geschwüre meist auf der Lidhaut, selten auf der Conjunctiva. Die meisten dieser sich später entwickelnden Geschwüre entstehen durch directen Contact vom Primäraffect aus. Nach 8—12 Tagen nimmt die Entzündung ab und es erfolgt die Heilung. Dauernde Veränderungen, namentlich Narben, bleiben nicht zurück. Gelegentlich gehen die Wimpern dauernd verloren. Primäre Conjunctivalvaccinola ist äusserst selten. Sie tritt als kleine Geschwüre auf, zu denen sich Hornhautaffectionen gesellen können. Von primärer Hornhauterkrankung nur 1 Fall bekannt (Arzt verletzte sich beim Impfen mit der Lanzette und bekam ein Infiltrat, das ein grosses Leukom zurückliess). Die Vaccinolaerkrankung der Bindehaut der Lider kann durch Complication mit Hornhautleiden gefährlich werden. Letztere bestehen entweder in Infiltraten und Geschwüren, welche meist ohne nennenswerthe Narbenbildung abheilen, oder es tritt eine Keratitis profunda auf, wobei sich eine Trübung der tiefen Schichten des Hornhautcentrums und ausserdem oft noch eine eigenthümliche scharfe, kreisförmige Linie bildet, welche einfach oder doppelt vorhanden, concentrisch zum Hornhautrande verläuft. Auch diese Keratitisform entsteht vermuthlich durch ektogene Infection. Differentialdiagnostisch kommen Primäraffect, weicher Schanker und Diphtherie in Betracht, die ähnliche Bilder aufweisen. Prognose gut, solange die Hornhaut intact. Therapie: Antiseptische Umschläge oder Jodoformverbände.

(Sammlung zwangloser Abhandl. aus dem Gebiet d. Augenheilk. 1900, Bd. III. Nr. 7.—
Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 7.)

- Zur Kenntniss der Iritis toxica berichtet Dr. Hilbert (Sensburg) von einem jüngst beobachteten Falle, wo die *Primula obconica*, eine jetzt als Zierpflanze in Blumentöpfen gern gezogene Pflanze, zu der Erkrankung Veranlassung gab. Dass die Berührung mit dieser Pflanze öfters zu Erythemen der Haut Veranlassung giebt, wissen die Gärtner ganz gut, und es sind in den letzten Jahren Fälle dieser Art wiederholt publicirt worden. Freilich acquirirt nicht jeder Mensch dadurch Erythem oder Urticaria, sondern nur für das betreffende Gift besonders disponirte Individuen. Zu diesen schien in hervorragendem Maasse die Pat. Hilbert's zu gehören, eine 28jährige, blühend gesunde Lehrersfrau, welche einen Blumentopf mit *Primula obconica* geschenkt bekommen hatte und nun, um den Duft zu prüfen, ihr Ge-

sicht in die Pflanze steckte. Sofort prickelndes Gefühl im Gesicht, $\frac{1}{4}$ Stunde später bereits dieses, insbesondere Augenlider geröthet und geschwollen, Augen thränten und schmerzten, erhebliche Lichtscheu. Autor sah Pat. nach 1 Stunde: das ganze Gesicht intensiv geröthet, Lider ödematös, Bindehäute dunkelroth, aufgelockert, sammtartig, reichlich schleimig-wässrige Secretion; auch Augapfelbindehaut geröthet, daneben Ciliarinjection; Hornhäute zeigen bei seitlicher Beleuchtung zahlreiche graue Stippchen auf der Descemet'schen Membran, Kammerwasser beiderseits getrübt, geringfügiges Hypopyon; beide Irides blau mit grünlicher Beimischung, Oberflächen verschwommen; Pupillen eng, auf Lichteinfall keine Reaction; etwas Fieber, starke Alteration des Allgemeinbefindens. Therapie: Bettruhe bei verdunkeltem Zimmer, Calomel; local: Lanolin fürs Gesicht, an den Augen warme (lau) Umschläge, Atropin. Letzteres bewirkte vollständige Erweiterung der Pupillen; eine kleine Adhäsion des Pupillenrandes auf der Aussenseite des horizontalen Meridians des r. Auges löste sich schon nach 12 Stunden. Die Heilung des Zustandes liess aber auf sich warten; das Erythem war erst nach 9 Tagen weg, die letzten Spuren der Iritis erst nach 6 Wochen. Dann aber vollständige Heilung ohne irgendwelchen Schaden für die Augen. Trotzdem sollte das Publikum mehr unterrichtet sein von den Gefahren, die gewisse Pflanzen, wie eben *Primula obconica* (und auch *Primula prae-nitens*, welche die gleichen Drüsenhaare allenthalben besitzt, wie die anderen und daher die gleichen Reizungserscheinungen hervorrufen kann!) in sich bergen; denn wenn auch die Erytheme bisher sich stets als gutartig erwiesen, so könnten doch A., wie in obigem Falle, auch schwerere Folgen haben.

(Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges, 15. III. 1902.)

- Bei Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen (mehrere hundert Fälle) hat Dr. A. Lamhofer (Leipzig) *nie Höllenstein* benützt. Er sah dabei nie Hornhauteiterung auftreten, die Krankheit verlief rascher (ca. 2 Wochen) als sonst, die papillären Wucherungen der Bindehaut im dritten Stadium blieben stets aus. Autors Grundsatz bei der Behandlung ist hier: Möglichst sorgfältige Pflege und Ernährung des Kindes bei strenger ärztlicher Ueberwachung, *möglichste Abhaltung aller Schädlichkeiten vom erkrankten Auge*, möglichst milde Reinigung des letzteren mit lauwarmer Flüssigkeit (alle 1—2 Stunden, je nach der Eiterabsonderung).

mitteist Undine, mit abgekochtem Wasser oder, wenn eine Arznei durchaus verlangt wird, mit schwacher Bor- oder Alaunlösung. Autor applicirt auch *kein Eis* (lässt sich in praxi viel zu schwer durchführen, und der Effect ist zudem fraglich!). Auch bei Blennorrhoea gonorrhoeica führte diese Behandlung stets rasch und sicher zur Heilung.

(Münchener med. Wechenschrift 1900 Nr. 8).

— Dr. E. Guttman theilt die Behandlungsweise der Keratitis profunda mit, wie sie seit Jahren in der Prof. Magnus-schen Klinik (Breslau) geübt wird. Wie sich zunächst herausgestellt hat, ist

1. Die Quecksilberbehandlung — abgesehen von kleinen Kindern — ohne besondere Wirkung und eher schädlich;

2. Atropin ohne Einfluss auf den Process an der Hornhaut und daher möglichst sparsam zu verwenden;

3. Reizmittel sind während des entzündlichen Stadiums durchaus zu vermeiden;

4. dagegen ist die systematische Anwendung des *Cocains* als reizlose und reizwidrige Methode und anscheinend auch durch *directe Beeinflussung des Hornhautprocesses* von günstiger Wirkung.

Cocain lindert zunächst Schmerzen, Lichtscheu und Lidkrampf. Dadurch, dass es ferner die Iris leicht entspannt hält und die Blutfülle des vorderen Augenabschnittes herabsetzt, wird der Betheiligung des Uvealtractus entgegen gewirkt, die den Krankheitsverlauf verschlimmern und verlangsamen könnte. Drittens aber kann man sich angesichts des Verhaltens der cornealen Infiltration unmöglich der Annahme verschliessen, dass Cocain eine directe Einwirkung auf dieselbe ausübt. Man sieht häufig auffallend schnellen Rückgang der Infiltration, bei frühzeitiger Anwendung verschwindet mitunter die primäre zungenförmige Randtrübung wieder, ohne sich weiter in die Hornhaut hinein ausgebreitet zu haben, also der Infiltrationsvorgang wird gewissermaassen coupirt. Das kann nur so erklärt werden, dass durch Cocainisirung eine kräftige und nachhaltige Contraction der pericornealen Gefässe zu Stande kommt, und dadurch der Austritt von Leukocyten aus denselben täglich für eine gewisse Zeit gehemmt oder stark beschränkt wird. — Die Behandlung besteht also in Folgendem: Hebung der Constitution (tonisirende Diät, Eisen, Arsen, Leberthran u. s. w.), bei hereditärer Lues event. Syr. ferrijodat. (auch mit Syr.

ferri oxyd. aa). Local: täglich innerhalb 1 Stunde 4 bis 6 Mal 10 Tropfen 2—3 $\frac{0}{0}$ iger Cocainlösung einzugiessen; daneben zu Anfang der Behandlung 1malige Atropineinträufelung behufs maximaler Erweiterung der Pupillen, fernerhin nur alle 8—14 Tage Atropin (um die Intactheit der Pupillen festzustellen und event. entstandene kleine Synechien zu beseitigen). Bei stärkeren Schmerzen warme Umschläge mit 4 $\frac{0}{0}$ iger Borlösung (2 Mal tägl. 1 Stunde), auch Natr. salicyl. Bei stärkerer Betheiligung des Uvealtractus: warme Bäder und Schwitzcuren. Locale Reizmittel erst nach vollständigem Schwinden der entzündlichen Erscheinungen, also bei event. zurückbleibenden Hornhautflecken (Massage mit gelber Salbe oder Tinct. Opii. croc. 1,0—2,0 : 10,0).

(Wiener klin. Rundschau 1900 Nr. 6.)

Cholelithiasis. Eine häusliche Karlsbader Cur muss nach Prof. Naunyn folgendermaassen durchgeführt werden: „Der Pat. soll 2 Mal täglich je 3 Stunden liegen ($\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{2}$ 12 und 3—6) und grosse heisse Kataplasmen auf die Lebergegend machen. Während dessen soll er in Abständen von 10—15 Minuten je 1 Glas von 100 ccm Karlsbader Wasser (doch nicht Lösungen von Karlsbader Salz) so heiss wie in kleinen Schlucken möglich (ca. 45° C.) im Ganzen 6—8 Gläser trinken. Wird so viel nicht vertragen, so schränkt man die Zahl der Gläser ein — zunächst Nachmittags — oder verringert die Grösse der Gläser. Die Mahlzeiten werden um 7 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens, 1 Uhr Mittags (Hauptmahlzeit) und 7 Uhr Abends genommen. Fette Speisen, Hülsenfrüchte, fetter Kohl, Sauerkraut, Alkohol sind zu vermeiden (der letztere am besten ganz; event. ist ein leichter Weisswein in mässiger Menge zu gestatten); im Uebrigen braucht die Diät nicht besonders ängstlich zu sein. Für Stuhlgang ist unter allen Umständen Sorge zu tragen. Die Dauer der Cur ist 3—4 Wochen.“

(Die Therapie der Gegenwart 1900 Nr. 1.)

Diabetes. Ueber die Glykosurie der Vaganten lässt sich G. Hoppe-Seyler (Kiel, städt. Krankenhaus) aus. In den letzten Jahren wurden mehrere Fälle von vorübergehender Glykosurie bei Leuten beobachtet, welche vor der Aufnahme längere Zeit ein unregelmässiges Wanderleben geführt, dabei wohl schlecht zubereitete, vielfach ungenügende, schwer verdauliche Kost genossen und dabei körperlichen

Strapazen sich ausgesetzt hatten. Gemeinsam ist allen: Die Anwesenheit von Zucker im Urin bei der Aufnahme, das rasche Verschwinden desselben bei gemischter, kohlehydratreicher Nahrung, ferner der Umstand, dass der Zucker auch nicht wiederkehrte, wenn nach einigen Tagen grössere Mengen von Traubenzucker (100—200 g) Morgens nüchtern gegeben wurden, obwohl diese Mengen auch bei Gesunden, in dieser Weise verabfolgt, zu Glykosurie führen können. Es liegt daher keine reine alimentäre Glykosurie vor, keine dauernde Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Kohlehydrate, sondern eine vorübergehende Störung des Kohlehydratstoffwechsels, die sich ohne therapeutische oder diätetische Maassnahme wieder verlor. Eine solche Glykosurie könnte auf vorübergehende Störungen in der Medulla oblongata oder in anderen Theilen des Centralnervensystems zurückgeführt werden. Doch waren bei den Pat. keinerlei Symptome vorhanden, die diese Annahme stützen könnten. Latenten D. anzunehmen, lag auch kein Grund vor, da die Krankenhauskost so reich an Kohlehydraten ist, dass dann die Zuckerausscheidung länger angedauert hätte oder wiedergekehrt wäre, besonders nach der Traubenzuckerdarreichung. Erbliche Anlage zu D. liess sich nicht feststellen, acute Betrunkenheit, Delirium alcoholicum, reichlicher Biergenuss kurz vor der Aufnahme fehlten ebenso. Chronischer Alkoholismus, der ja mehrfach vorlag, führt nicht oft zu alimentärer Glykosurie; auch würde, wenn dieser in Betracht käme, dann nach der Traubenzuckereingabe Zucker aufgetreten sein. Dagegen liegt es nahe, *Störungen der Verdauungsorgane, der Leber und des Pankreas, sowie der Ernährung überhaupt* in ursächlichen Zusammenhang mit der Vagantenglykosurie zu bringen. Die unregelmässige, schlechte Beköstigung, die wohl oft das Nahrungsbedürfniss nicht deckt, der Genuss von schlechten, alkoholischen Getränken, verbunden mit körperlicher Ueberanstrengung, Unreinlichkeit, Witterungseinflüssen etc. kämen da in Betracht. Der Ernährungszustand dieser Leute ist ja auch so oft schlecht, Magen- und Darmkatarrhe meist dauernd vorhanden. Im Darm findet leicht abnorme Zersetzung statt, daher oft reichliche Menge von Indoxyl im Urin zu constatiren; vielfach bestehen Meteorismus und Störungen der Stuhlentleerung. Man könnte nun an eine beschleunigte Fortbewegung der Speisen im Darm und Resorption des Zuckers aus dem Dünndarm durch die Chylusgefässe denken, sodass dann auf dem Wege des Ductus thoracicus dem Blute

der Zucker unter Umgehung der Leber zugeführt würde. Wohl hat Autor bei Vaganten oft eine abnorm rasche Entleerung des Magens beobachtet, die nun von ebenso rascher Beförderung der Speisen in den Dünndarm gefolgt sein könnte, aber in diesen Fällen wurde selbst nach reichlichen Mengen von Kohlehydraten Glykosurie nicht entdeckt. Die Leber war in allen Fällen von Glykosurie vergrößert; meist erschien sie derber als normal, doch bestanden nie die Zeichen einer stärker entwickelten Cirrhose. Die Oberfläche war immer glatt, Stauungserscheinungen im Pfortadergebiet, die auf die Leber sich beziehen konnten, fehlten. Die Leberveränderungen sind wohl neben beginnender cirrhotischer Bindegewebsneubildung hauptsächlich auf Blutstauung und Fettinfiltration zurückzuführen. Bei der Obduction von Leuten, die ein Vagantenleben geführt haben, findet sich meist Fettleber, ferner sehr häufig Blutstauung und auch Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes. Dabei mag der Alkohol eine gewisse Rolle spielen, namentlich aber die Aufnahme von allerhand toxisch wirkenden Zersetzungsproducten der Nahrung, die aus dem Darm in die Pfortader gelangen. Die Blutstauung erklärt sich ja aus den Störungen am Herzen. Dasselbe ist fast stets vergrößert, häufig sind Geräusche daselbst zu hören, die auf Klappenfehler der Mitralis oder relative Insufficienz derselben zurückzuführen sind. Hauptsächlich handelt es sich wohl um chron. myocarditische Processe, die die Herzthätigkeit beeinträchtigen und so die Circulation erschweren. Dies wird bei stärkeren Strapazen besonders hervortreten. Dadurch kann aber im Verein mit der Wirkung der Unterernährung das schon vorher in Folge des Ueberganges schädlicher Stoffe aus dem Darm und durch den Alkohol geschädigte und veränderte Leberparenchym so ungünstig beeinflusst werden, dass seine Eigenschaft, den Zuckergehalt des Blutes zu reguliren, vorübergehend gestört wird. Ferner wäre noch an Alteration des Pankreas zu denken, bei der hohen Bedeutung dieses Organs für den Kohlehydratstoffwechsel. Interstitielle Veränderungen, Wucherung des Bindegewebes könnten sich hier entwickelt haben, wie sie Autor bei Störungen der Circulation beobachtete. Man sieht ja bei parenchymatösen und interstitiellen Erkrankungen in der Leber häufig zugleich entsprechende Veränderungen im Pankreasgewebe. Das Hauptgewicht aber wird man bei der Vagantenglykosurie auf die *Unterernährung* zu legen haben, auf die Schädigung des Parenchyms der Organe, und da werden

sowohl die Leber, als auch das Pankreas in Betracht zu ziehen sein. Dass mangelhafte Ernährung durch Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker D. erzeugen kann, ist bekannt. Zu dieser Form wird wohl der D. der Vaganten in naher Beziehung stehen, und wird die Vermuthung Naunyn's, dass manche Glykosurie beim Menschen eine Aeusserung dieses „*Hungerdiabetes*“ darstellt, zum Theil auf diese Fälle zutreffen. Diese Glykosurie tritt nur bei Unterernährung auf, nicht bei vollkommener, länger dauernder Inanition, da dann die Zuckerbildung und Resorption im Darm Noth leidet. Schlechte Ernährung ist es aber kaum allein, die hier einwirkt, sondern es werden auch jene pathologischen Veränderungen der Leber und des Pankreas eine Rolle spielen, und daher kommt es, dass die Glykosurie nicht bei allen schlecht ernährten Individuen, sondern nur bei einem Theil der Vaganten auftritt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 16.)

— 4 Fälle von D. nach Unfällen beschreibt P. Neumann (Prof. Thiem'sche Anstalt in Cottbus):

1. Raubanfall auf einen 57 jähr. Mann. Schussverletzung des Schädels und der linken Schulter durch 5 Revolverschüsse und 9 Hieb- und Stichwunden des rechten und linken Armes. Schlag mit dem abgeschossenen Revolver auf den rechten äusseren Augenwinkel mit darnach eingetretenem Verlust des Sehvermögens. Operative Entfernung von 2 Kugeln aus den Weichtheilen der Schulter, sowie einer an dem vorderen Theil der rechten Schläfenseite tangential eingedrungenen Kugel oberhalb des Ohres. Die übrigen beiden Kugeln, ebenfalls Tangentialschüsse, waren glatt durchgegangen. Zu Bewusstseinsstörungen oder sonstigen Zeichen von Hirnverletzung oder -Erschütterung kam es nicht. Nachweis einer mässigen Menge Zuckers mittelst Fehling'scher Lösung an demselben Abend wie an dem der Verletzung folgenden Tage. Vom 3. Tage an Harn zuckerfrei, auch in der Folge so. Keine Vermehrung des Harns. 4 Monate nach dem Unfall bildeten sich Erscheinungen einer schweren Neurasthenie aus. Bei dem Pat. war schon 10 Jahre vorher ärztlicherseits wegen plötzlicher Abmagerung der Verdacht auf D. ausgesprochen worden, Zucker fand sich aber nicht vor. Von da bis zur Verletzung war Pat., ein nüchterner Mensch, völlig gesund. Keine erbliche Belastung.

2. Der auf den obersten Sprossen einer 3 m hohen Leiter stehende 40 jähr. Maurer stürzte infolge Abgleitens der Leiter auf den gefrorenen Boden, indem das linke Bein beim Fall zwischen die Sprossen gerieth und Pat. sammt der Leiter auf die linke Körperseite aufschlug. Bruch des linken Oberschenkels, der l. Speiche und Handwurzel, 2 cm lange, die ganze Kopfschwarte durchsetzende Wunde in der Mitte der Stirn, und oberflächliche Hautabschürfungen daselbst. Keine Bewusstseinsstörung. Harn frei von Zucker. An den beiden folgenden Tagen Nachweis von Zucker mittelst Fehling'scher Lösung und Gährungsprobe (0,6 ‰). Zuckergehalt spurenweise noch weitere 8 Tage, schwindet dann endgültig. Keine Vermehrung des Harns und seines specif. Gewichts. Ausser einer nicht vollkommenen linksseitigen Ellennervenlähmung als Folge der Verletzung des Nerns durch einen vor 10 Jahren in die linke Ellenbogen-gegend erhaltenen Messerstichs nichts Krankhaftes. Mässiger Schnapstrinker. Keine erbliche Belastung.

3. Dem auf der Innenseite eines Fensters stehenden und mit Zumauern desselben beschäftigten 18 jähr. Maurer fiel ein Balken aufs Kreuz. Flog infolgedessen zum Fenster hinaus und fiel 2 Stockwerke tief mit der rechten Seite auf Bretter. Starke Schwellung der Weichtheile der Kreuzgegend und Druckempfindlichkeit des oberen Theils des Kreuzbeins, sowie des r. Kreuz-Hüftbeingelenks. Splitterbruch am anatomischen Halse des r. Oberarms und Durchspiessung der Haut am vorderen Abschnitt des Schultergelenks durch eine Zacke des unteren Bruchendes, Zerreißung des Bandapparats am Köpfchen der rechten Speiche und Verrenkung des oberen Speichenendes nach vorn. Nachweis von Zucker in dem zuerst nach der Verletzung gelassenen Harn mit Fehling'scher Lösung. Schwinden des Zuckers am 3. Tage. Vorher gesund, erblich nicht belastet, kein Alkoholiker.

4. Beim Abnehmen eines Eisentheils mittelst Schraubenschlüssels zur Lösung der um diesen geschlangenen Kette glitt dem in einer Höhe von 5—6 m auf dem Krahn liegenden und mit Aufbietung aller Kraft arbeitenden 25 jähr. Schlosser der Schraubenschlüssel ab, wodurch Pat. den Halt verlor und auf den Sandboden hinabstürzte. Während des Falles schlug er mit der Schienbeinkante des linken Beines an einen ungefähr $\frac{3}{4}$ m über dem Erdboden befindlichen hervorragenden eisernen Theil des Krahns. Wie er am Boden zu liegen kam, kann er nicht sagen, obwohl er die

Besinnung nicht verlor. Offener Bruch des linken Unterschenkels mit Spiessung der Haut durch das flötenschnabelartig hervortretende obere Bruchende. Chron. Lungenkatarrh mit Dämpfung in der rechten Obergrätengrube, Schallverkürzung im rechten Zwischenschulterblattraum. Giemende Geräusche über beiden Lungen, besonders über der linken Oberschlüsselbeingrube. Schleimig-eitriger Auswurf; mikroskopisch nur Streptokokken, keine Tuberkelbacillen. Der zuerst nach dem Unfall entleerte Harn zeigte beim Kochen mit Fehling'scher Lösung starken Zuckergehalt, am 2. Tage wurde durch die Polarisations- und die Gährungsprobe 1,1 ‰, am 3. Tage 0,9 ‰ festgestellt, am 4. Tage 0,5 ‰; dann die folgenden 5 Tage 0,5—0,2 ‰; nach 5 weiteren Tagen (mit 0,1 ‰), also am 14. Tage nach der Verletzung verschwand er ganz. In den letzten Tagen wurde eine die Kohlehydratzufuhr beschränkende Kost, daneben Karlsbader Salz gereicht. Keine Harnvermehrung. Auf der Höhe der Zuckerabscheidung keine Aceton- oder Acetessigsäurereaction, dagegen an den ersten beiden Tagen Eiweiss zu 0,2 ‰. — Keiner von den Patienten wurde je chloroformirt.

Bei 3 der Fälle ist die Möglichkeit eines Zuckergehalts des Harns vor dem Unfall nicht sicher auszuschliessen, da die Verletzten erst nach dem Unfall in Behandlung kamen. Im Fall II ist jedoch am Unfallstage der Harn zuckerfrei gefunden worden, und es ist höchst unwahrscheinlich, dass hier ein intermittirendes Vorkommen von Zuckerharnen mit Schwankungen von 0,6 ‰ und gerade freiem Intervall am Unfallstage vorgelegen haben sollte. Auch bei den übrigen 3 Fällen spricht nichts dafür, dass schon vor dem Unfall D. bestand. Dagegen macht der Schwund des D. ohne Heilverfahren es wahrscheinlich, dass dieser D. *durch eine durch den Unfall hervorgerufene vorübergehende Störung des Centrums der Zuckerbildung bedingt* war. Bezüglich der Art des Unfalls erfährt auch durch diese Fälle die Ansicht Senator's eine Stütze, dass es zum Entstehen von D. durchaus nicht einer „directen Schädigung der den Zuckerstoffwechsel regelnden Organe (des verlängerten Markes, der sympathischen Ganglien, des Halsmarkes) bedürfe.“ Es ist also nicht nöthig, dass Kopf oder Wirbelsäule eine unmittelbare Schädigung erfahren, wie es bei Fall I—III geschah (wo freilich auch kein Bewusstseinsverlust, kein sonstiges Zeichen einer Verletzung oder Erschütterung des Hirn oder Rückenmarks vorlagen), sondern eine heftige

Erschütterung des Körpers, wie sie in Fall IV erfolgte, kann ebenfalls derartig wirken. Denn eine solche ist in Fall IV als auslösende Ursache anzusehen, nicht der gleichzeitig erfolgte Unterschenkelbruch, wie denn auch bei Fall II und III die Fracturen hier nur nebensächliche Verletzungen darstellen. Nur im Fall IV scheint eine sogen. diabetische Anlage zurückgeblieben zu sein, da hier nach Darreichung von Traubenzucker derselbe im Harn theilweise wieder ausgeschieden wurde.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1900. Nr. 4.)

— Amylenhydrat bei D. insipidus empfiehlt Dr. W. Niessen (Neuenahr). Schon Brackmann hatte einen diesbezüglichen Versuch befürwortet auf Grund einer Erfahrung, die er zufällig bei einer an D. insipidus leidenden Geisteskranken machte, der er Abends wegen Schlaflosigkeit 2,5 g des Mittels gab. Unter Besserung des Allgemeinbefindens, Nachlassens des Durstgefühls, ging nach 6 Tagen die Harnmenge von 7000 ccm auf 3000 ccm zurück, nach weiteren 6 Tagen auf 2000—2800 ccm, um beim Aussetzen jedoch wieder auf 8000 zu steigen. Neue tägliche Dosen von 2 g drückten die Urinmenge in 8 Tagen wieder auf 2400 g unter Verminderung des Durstes. Niessen behandelte eine Frau, die 2—3 Jahre lang an starkem Durst, Urindrang litt, ohne dass sich je im Harn Eiweiss oder Zucker fand. Nachdem Pat. 6 Tage lang früh und Abends je 1 g Amylenhydrat genommen, verschwanden diese Symptome unter starker Verminderung der Urinmenge und kehrten nicht mehr wieder (seit 2½ Jahren). Aehnliche Erfahrungen wurden bei einigen anderen Pat. gemacht; 2—3 g Amylenhydrat, mehrere Tage gereicht, genügten, um Polyurie und Polydipsie zeitweilig oder gänzlich zum Verschwinden zu bringen, so dass man das Präparat (am besten in etwas Rothwein oder Bier genossen) jedenfalls in derartigen Fällen versuchen muss.

(Der prakt. Arzt 1900 Nr. 8.)

Dyspnoë. Klinische Erfahrungen mit Oxycampher veröffentlicht Dr. Fr. Meyer (städt. Krankenhaus am Urban in Berlin). Dieses Oxydationsproduct des Camphers, das, wie experimentell erwiesen, die Erregbarkeit des Athmungscentrums herabsetzt, so dass die Athmung „ruhiger, gleichmässiger, flacher und vor allem bedeutend verlangsamt

wird,⁴ ist auch klinisch schon wiederholt als Antidyspnoicum benützt worden. Autor berichtet von 34 Fällen von D. (10 mal Phthisis pulmonum, 5 mal Emphysema pulmonum, je 1 mal Asthma bronchiale, Influenza, Pneumonia crouposa, Embolie und Infarct der Lunge, Myocarditis, 3 mal Pericarditis exsudativa, 5 mal Vitia cordis, 5 mal Nephritis chron. mit Cheyne-Stokes-Athmen), wo Oxycampher versucht wurde. Dasselbe wurde anfangs von den Höchster Farbwerken als Pulver abgegeben, später wurde es wegen der mangelhaften Haltbarkeit als 50 % ige alkoholische Lösung („Oxaphor“) angefertigt. In obigen Fällen gab man Oxaphor nach folgender Vorschrift:

Rp. Oxaphor 10,0
 Vin. Xerens. 50,0
 Syr. simpl. 20,0
 Aq. dest. 150,0
 M. S. Schüttelmixtur.

Einzeldosis meist 0,5 (manchmal 1 g), Tagesdosis 2—4 g. Einzelne Pat. erhielten das Mittel einige Tage hindurch, andere etwa 1 Woche, manche sogar 3 Wochen lang. Autor glaubt, *der Nutzen des Mittels sei weniger abhängig von der Art der Erkrankung, als von der individuellen Disposition des einzelnen Pat.*; denn die Kranken der gleichen Erkrankungsform und auch mit gleichen Symptomen reagierten auf Oxycampher in ungleicher Weise. Bei einem Theil der Fälle (etwa der Hälfte) wirkte das Mittel vortrefflich, es behob die Athemnoth und brachte Euphorie, oder wenigstens es milderte die Beschwerden momentan (manchmal allerdings bloss in der ersten Zeit!), bei dem anderen Theil aber blieb es wirkungslos. Wo es Effect hatte, da war dieser nur ein subjectiver, objectiv konnte Verminderung der Athemzüge nicht constatirt werden; jedenfalls hatte der Pat. das Gefühl, dass er leichter athmen könne und befand sich wohl dabei. Manche nahmen das Medicament allerdings seines Geschmacks wegen nicht, andere bekamen Magenbeschwerden darauf. Im Allgemeinen aber fehlten unangenehme Nebenerscheinungen, und da das Mittel, das freilich noch recht theuer ist, (1 g = 10 Pfennige) in vielen Fällen von D. doch recht gute Dienste leistete und sich in obigen Dosen als ungefährlich erwies, so kann ein Versuch damit durchaus empfohlen werden.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1900 Nr. 5.)

- Auch in der Medicinischen Universitäts-Poliklinik in München wurden zahlreiche Versuche mit Oxycampher gemacht, und Dr. H. Neumayer theilt mit, dass dieselben recht befriedigend ausfielen. In Dosen zu 40 Tropfen Oxaphor (entsprechend 1 g Oxycampher) verabreicht (in 1 Löffel Wasser oder auch auf Zucker oder in Oblaten) vermochte das Mittel, die D. bei Circulationsstörungen oder Lungenaffectionen bedeutend zu mildern oder ganz zu beseitigen. Schon innerhalb weniger Minuten trat in den meisten Fällen Beruhigung der Athmung ein, eine Verlangsamung und Vertiefung der Athmung, welche auch von dem Pat. subjectiv sehr angenehm empfunden wurde. Das können wir ja auch durch Narcotica erreichen (Morphium), die aber schädigend aufs Herz, Nervensystem, Magen etc. wirken, während Oxycampher keinerlei Nebenerscheinungen macht und sehr gut vertragen wird. Nur bei sehr schweren Fällen wird man wohl jene nicht entbehren können, während wir sonst bei D. im Oxycampher ein werthvolles Ersatzmittel besitzen. Als Einzeldosis wünscht Autor 40 Tropfen Oxaphor festzuhalten (am besten mit etwas reichlich Wasser bei leerem Magen zu geben).

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 11.)

Gonorrhoe. Die Röntgenaufnahme einer blennorrhoidischen Handgelenksentzündung demonstriert Blaschko. Das acute Stadium war bereits abgelaufen, heisse Bäder hatten keinen Erfolg gehabt. Um zu sehen, welche Aussicht eine energische Massagecur biete, wurde das Radiogramm aufgenommen. Es zeigte sich, dass mehrere *Knochenstränge* sich gebildet hatten, so zwischen Radius und Os lunatum, zwischen Os capitatum und hamatum etc. Wenn es sich um Knorpel handelte, wäre Massage nicht so aussichtslos, hier aber bestehen zweifellos knöcherne Verwachsungen, und da vermag natürlich Massage auch nichts mehr.

(Berliner Dermatolog. Gesellschaft 5, XII. 99.
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30 Heft 2.)

- 100 Fälle von Urethritis gonorrhoeica anter. acuta abortiv mit Protargol behandelt hat Dr. Ahlström (Stockholm). Die G. war 1—8 Tage alt, als die Behandlung begann, welche sich der von Welanders angegebenen Technik anpasste: die 4—5 ersten Tage 2 Injectionen täglich von 5—10 g 2—4 %iger Lösung (mindestens eine vom Autor selbst ausgeführt!), darnach 3—5 Tage von den Patienten

1—2 Injectionen tägl. von 1—2 % iger Lösung (jedesmal 10 bis 15 Minuten in der Urethra behalten!). Als definitiv geheilt rechnet nun Autor nur solche Fälle, wo man noch 2—3 Tage nach Beendigung der Behandlung, trotz Diätfehler und provocatorischem Verfahren im Morgenharn keine Gonokokken entdecken konnte. Negativ war das Resultat nur bei 13 Fällen, und davon sind noch 5 nicht ganz reine. In vier von den letzteren schwanden nämlich die Gonokokken nach 1—2 Tagen, aber nachdem Autor nach 2—3 Tagen die Behandlung beendet hatte, unterliessen die Pat. weitere Injectionen, so dass bald die Gonokokken sich wieder einfanden (um bei wiederholter Behandlung bald zu schwinden!). In 1 Fall schwanden die Gonokokken nach 1 Tag, aber am nächsten trat beträchtliche Blutung der Urethra anter. nebst Oedem ein, die eine Unterbrechung von 8 Tagen in der Behandlung benöthigte (letztere wurde darnach mit gutem Resultat wieder aufgenommen). Ein bald vorübergehendes Brennen nach jeder Injection war in den meisten Fällen das einzige Unbehagen, welche den Gebrauch dieser starken Lösungen begleitete (abgesehen von jener Blutung!). Blutung trat auch sonst noch in 5 Fällen ein, aber sehr unbedeutend und vorübergehend. Der oft ganz profuse, vom Protargol verursachte Ausfluss schwand meist von selbst; wenn nicht, nach einer schwachen adstringirenden Lösung. Autor hält Protargol für das beste Abortivmittel bei G.

(Dermatolog. Centralblatt III, 2.)

- Die Behandlung der gonorrhoeischen Epididymitis mit heissen Umschlägen empfiehlt dringend Dr. Spiegelhauer (Zwickau): „Ich schneide mir aus Billrothbattist ein Rechteck mit ca. 15 cm Breite zu 20 cm Länge und ein ebensolches aus einer dicken Lage Verbandgaze. In der Mitte der einen kurzen Seite der Rechtecke wird je ein Loch ausgeschnitten, durch das der Penis gesteckt wird. Die Verbandgaze ist mit 10 % heisser, essigsaurer Thonerde getränkt, darüber kommt der Billrothbattist und dann ein billiges Suspensorium (1,00—1,50 Mk.) mit Gummizug-einsatz in den Schenkelriemen. Die Hauptsache bei der Anlage des Suspensoriums ist, dass der Leibriemen ganz straff angezogen wird, weil hierdurch der Sack gehoben wird, während die Schenkelriemen nur zu verhüten haben, dass das Suspensorium abrutscht. Ich schreibe nun nicht der essigsauren Thonerde eine besondere Heilwirkung auf die Epididymitis zu, wohl aber verhindert sie resp. hält

sie die Maceration der Haut hinten, welche bei Wasser allein gewöhnlich sehr bald eintritt. Ich lasse den Umschlag 3 Mal täglich erneuern, um seine Austrocknung zu verhüten, und glaube, dass seine Wirkung nur die eines Priessnitz ist. Meist können die Pat. bei dieser Behandlung ihrem Berufe nachgehen, da durch die Hebung des Sackes und dadurch bedingte Entlastung der Samenstränge der Schmerz geschwunden ist. Nur ganz wehleidige Pat., und auch diese nur im Anfangs- und acutesten Stadium, in dem noch Fieber besteht, lasse ich sich legen. Diese Pat. können auch mit gutem Erfolg heisse Sitzbäder nehmen. Innerlich bekommt jeder Epididymitiker pro die 3 g Natr. salicyl., auch noch nach Verschwinden des Fiebers . . .“ Eine Vereiterung erlebte Autor bisher (20 Fälle) nie, dagegen gingen alle Fälle schneller und vollständiger zurück, als bei den früheren Behandlungsweisen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 8.)

Haemorrhoiden. „Zur Behandlung entzündeter H.“

schreibt Prof. Rabow „werden bekanntlich in den meisten Fällen mit Vorliebe kalte Umschläge verwendet. Moty empfiehlt, sich des *heissen Wassers* zu bedienen, das oft schon allein genügt, grössere Knoten zu beseitigen. Aus eigener langjähriger Erfahrung stimme ich gleichfalls für die Behandlung mit heissem Wasser. Ich empfehle den betreffenden Pat., einen mit heissem Wasser durchtränkten, schwach ausgedrückten Schwamm auf den Locus affectus zu legen. Das hilft besonders schnell gegen das quälende Gefühl des Brennens, Juckens u. s. w. Diese Behandlung verdient vor Einleitung jeder anderen eingreifenden Therapie versucht zu werden.“

(Therap. Monatshefte 1899. Nr. 12.)

- H. in frühesten Kindesalter sind äusserst selten. Dr. Burwinkel (Nauheim) sah einen solchen Fall: Mädchen, geboren am 12. XI. 98. Gewicht bei der Geburt 3700 g. Künstliche Ernährung mit Soxhlet. Trotz bester Pflege wurde das Kind zusehends schwächer und dürrer; das Körpergewicht nahm beständig ab, betrug am Ende der 5. Woche nur 3125 g. Dabei wurde die Flasche gut genommen, Erbrechen fehlte, der Stuhl war immer fest und glich kleinen Knobeln. Man musste fast stets mit kleinen Wasserklystieren nachhelfen. Das überhaupt recht unruhige Kind schrie besonders bei Stuhlentleerung. Schon bald nach der Geburt zeigten sich am After kleine Knoten. Autor

wurde am 19. XII. 98. gerufen. Blasses, schlecht genährtes Kind, Haut faltig und pergamentartig, grosse Fontanelle etwas eingesunken, ebenso Augen. Sonst alles in Ordnung, nur sassen direct ausserhalb des Afterschliessmuskels 2 noch nicht linsengrosse Schleimhautknötchen, welche bläuliche Venen durchschimmern liessen — offenbar „äussere H.“, dadurch hervorgerufen, dass die harten Kothmassen im Anfangstheil des Mastdarms lagen und den Abfluss der Mastdarmvenen mechanisch verhinderten. Autor liess den Leib 2 Mal tägl. mit warmem Oel einreiben und dann entlang des Dickdarms massiren, die Aftergegend täglich mit Borvaseline einfetten und die Milch weniger verdünnt reichen (aa mit Wasser). Verdauung und Ernährung besserten sich rasch, es erfolgte spontan breiiger Stuhl, das Gewicht nahm jede Woche zu, betrug am Ende der 6. Woche 3200 g, am Ende der 9. Woche 3525 g, mit $\frac{1}{2}$ Jahr 5880 g. Von dieser Zeit an nahm das Kind Muffler's Kindernahrung, bei der es vorzüglich gedieh. Im 11. Monat wog es 9550 g, hatte regelmässigen Stuhl, bekam leicht 6 Zähne; die H. ganz verschwunden. — Die Eltern des Kindes waren leichte Haemorrhoidarier. Das Hauptmoment für das Zustandekommen der H. bildete aber das mechanische, wobei der Schwund des submucösen Gewebes am After, eine Folge der allgemeinen Ernährungsreduction, begünstigend einwirkte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 12.)

Magen- und Darmkatarrhe. Tannopin bei Kindern hat Dr. C. Tittel (Frühwald's Klinik in Wien) in zahlreichen Fällen von *subacuter oder chron. Enteritis* mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel wurde als Pulver oder Schüttelmixtur, je nach dem Alter zu 1 bis mehreren Decigrammen pro dosi (bei grösseren Kindern 0,3—0,5 pro dosi, selbst bis zu 2 g pro die) gegeben, gern genommen und ohne jede üble Nebenerscheinung gut vertragen. Es leistete als stopfendes und desinficirendes Mittel gute Dienste und brachte die Darmaffection bald zur Heilung.

(Therap. Monatshefte 1900 No. 2.)

— Fortoin, ein neues *Cotoin*präparat*), hat seit 3 Jahren bei einigen 30 Fällen von Darmkatarrhen (auch tuberculösen), Brechdurchfall etc. Med.-Rath Dr. Overlach (Greiz) an-

*) Hergestellt von den Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. (Frankfurt a. M.).

gewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Die Wirkung der Cotorinde und des Cotoins bei Durchfällen ist ja langbewährt. Fortoin aber, ein *Formaldehydcotoin* (gelbe Krystalle, resp. gelbes Pulver, unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkalien, Chloroform, Aceton, Eisessig, schwerlöslich in Alkohol und Aether) ist noch besser als Cotoin. Der Geschmack ist gut und es wirkt antimykotisch wesentlich kräftiger. Es übte überhaupt richtige Heilwirkung aus, und zwar schon in Dosen von 3 Mal tägl. 0,25 (man kann bis 3 Mal tägl. 0,5 gehen), die allemal den gewünschten Erfolg hatten. Autor schliesst: „Wem mit einem Mittel gedient ist für Fälle, wo Purgantien, Adstringentien, Opiate und Amara in Stich liessen, dem sei das Fortoin als Reserve-Antidiarrhoicum empfohlen. Wer aber sicheren Erfolg gern rasch sieht, der gebe es getrost sofort“ (dem dürfte in der Praxis pauper. der hohe Preis entgegenstehen!).

(Centralblatt f. innere Medicin 1900 Nr. 1.)

- Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen macht Dr. H. Strauss (Berlin, Klinik Senator) Mittheilung. Die Herstellung von Klystieren aus dem Dickhonigconsistenz besitzenden Heidelbeerextract (bezogen von J. Fromm, Frankfurt a. M.) geschah in der Weise, dass 1 Esslöffel Extract in $\frac{1}{4}$ l heissen Wassers aufgelöst und, solange das Wasser noch warm war, 2 starke Messerspitzen Soda (zur Abstumpfung der Säure) zugesetzt wurden. Diese Klystiere wurden 2 Mal tägl. lauwarm als Bleibeklystiere verabfolgt; meist wurden sie 10—12 Minuten zurückbehalten, aber auch 1 Stunde und länger. Kein Pat. klagte über unangenehme Sensationen, und diejenigen Pat., bei welchen der Krankheitsprocess in den unteren Darmparthieen localisirt war, zeigten stets mehr oder minder rasch, je nach Schwere der Affection, Besserung, abgesehen von verzweifelten Fällen oder solchen mit gleichzeitiger Erkrankung der oberen Darmparthieen. Mehrere Fälle von *Proctitis*, *subacuter* und *chronischer Colitis*, je 1 Fall von *Sigmoiditis*, *Colica mucosa* (darunter versteht Autor die Affection, wo im Bilde einer chron. Obstipation die typischen Zeichen eines Dickdarmkatarrhs fehlen und sich Kolikattaquen in den Vordergrund drängen, die mit der Ausstossung langer Schleimröhren enden) und *Colitis mucosa* (davon redet Autor, wenn im klinischen Bilde eines chron. Dickdarmkatarrhs die ursprünglich kleinen Schleimfetzen an Grösse zunehmen und zu

schmerzhaften, mit der Ausstossung der Fetzen endenden, Sensationen im Abdomen führen) wurden durch jene Klystiere und Suppositorien günstig beeinflusst, obwohl eingreifende Diätveränderungen nicht vorgenommen wurden. Im Grossen und Ganzen wirkten die Klystiere intensiver, doch waren auch die Suppositorien wirksam, in folgender Weise verordnet:

Rp. Extr. Vacc. myrtill. 30,0
 Kal. carbon. 3,0
 Aq. dest. 7,0
 Ol. Cacao 60,0
 M. f. suppos. No. XXX.
 S. 2 Stück täglich.

(Therap. Monatshefte 1900 Heft 3.)

Pneumonie. Bei Behandlung der fibrinösen P. vertritt Prof. Dr. Eichhorst (Zürich) folgende Grundsätze: Der Aderlass ist bei P. durchaus am Platz, sobald *Lungenödem* eintritt. Autor hat manchem Pat., der dem Erstickungstode durch Lungenödem verfallen war, durch den Aderlass das Leben gerettet. Die Wendung zum Guten nach diesem Eingriff ist bisweilen eine frappirende. Autor hält es daher für weit weniger gefährlich, einen Aderlass vielleicht mal unnöthig auszuführen, als ihn unter bezeichneten Umständen ganz zu unterlassen. Mag es sich auch um Säuer und Greise handeln, welche sonst Blutentziehungen recht schlecht vertragen, auch bei ihnen wirkt hier der Aderlass lebensrettend. Veratrin und Tartar. stib. giebt Autor gar nicht mehr; es sind geradezu gefährliche Mittel. Was *Digitalis* anbelangt, so hat sich Autor von einem unmittelbaren Einfluss dieses Mittels auf die P. nicht überzeugen können; dasselbe wirkt nur, wenn das Herz in seiner Kraft erlahmt ist, also rein symptomatisch. Da aber Todesfälle bei P. sehr oft gerade durch Herzschwäche bedingt sind, wird man sich der Digitalis oft mit vielem Nutzen bedienen. Nur von vornherein jede P. mit Digitalis zu behandeln, ist nicht nothwendig, ja sogar nicht unbedenklich nach Autors Erfahrungen. Ebenso verhält es sich mit *Alkohol*, dessen schematische Verordnung nur gefährlich werden kann. Alkohol soll nur solchen Pat. gegeben werden, die eines schnell wirkenden Reizmittels für ihren Herzmuskel und vielleicht auch für ihre Nerven bedürfen, d. h. nur älteren Leuten. Bei jugendlichen Pat. ist Alkohol nur nothwendig, wenn es sich um Säuer handelt. *Eine uncomplicirte fibri-*

nöse P. bei einem jugendlichen, kräftigen Menschen bedarf gar keiner medicamentösen Behandlung (ut aliquid fiat und weil es den fiebernden Pat. als durststillend recht angenehm ist, giebt Autor nur 3 stdl. 15 ccm einer Phosphorsäuremischung 5,0:200,0). Zu erwähnen wäre, dass Digitalis bei Pat. mit beträchtlicher Cyanose weit sicherer und schneller zu wirken pflegt, wenn eine Stimulation mit Alkohol vorausgegangen ist. Handelt es sich darum, möglichst schnell die Herzkraft zu steigern, vielleicht weil sich ziemlich plötzlich Erscheinungen von Herzschwäche eingestellt haben, so ist subcutane Anwendung von Coffeino-Natr. salicyl. indicirt.

Rp. Coffeino-Natr. salicyl.

Glycerin.

Aq. dest. aa 5,0.

Bei sehr bedeutender Herzschwäche wird man gut daran thun, neben Alkohol und Digitalis oder Coffein subcutane Injectionen von Ol. camph. $\frac{1}{2}$ —1 stündl. zu appliciren. *Narcotica* sollen im Allgemeinen nicht gegeben werden, da sie zu einer künstlichen Unterdrückung des Hustenreizes und Auswerfens führen können, so dass die Pat. durch Aufstauung von Secreten in Erstickungsgefahr gerathen könnten. Jedenfalls sollte man nicht Morphin subcutan injiciren gegen pleuritische Schmerzen, zumal gegen solche blutige und trockene Schröpfköpfe, sowie warme Umschläge meist völlig wirksam sind. Eine *antipyretische* Behandlung der P. ist in der Regel überflüssig. Nur Pat., welche hohe Temperaturen schlecht vertragen, wie Säuger, Herzranke, Schwangere, Greise, sollen etwas gegen das Fieber erhalten, namentlich Phenacetin; von kühlen Bädern sah Autor nichts Gutes. Schliesslich warnt er auch noch vor Pilocarpin, das nicht ungefährlich ist.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 2.)

- Seine Erfahrungen über kurzdauernde croupöse P. fasst Dr. Steiner (Leipzig, medicinische Klinik), wie folgt zusammen:

1. Pneumonien kurzer Dauer (3 Tage und weniger) fanden sich in 2 % der in der medic. Klinik zu Leipzig beobachteten 1157 Fälle von P. überhaupt. Sie kommt am häufigsten vor bei Kindern und jüngeren Personen. Unter den Fällen des Verfassers befanden sich 78 % im Alter von 17—25 Jahren.

2. Für die kurze Dauer können nicht verantwortlich gemacht werden die Ausdehnung des localen Processes, die verschieden rasche Lösung des Infiltrates, die Herzkraft oder Heredität neben sonst kräftiger Constitution. Wir müssen also wohl die kurze Dauer in Zusammenhang bringen mit kräftiger Constitution und gleichzeitig vielleicht an eine Abschwächung der Virulenz der Krankheitserreger denken.

3. Die Häufung der Pneumonien kurzer Dauer geht der jeweiligen der typischen parallel.

4. Charakteristisch ist der plötzliche Beginn und der in der Regel typische Temperaturabfall.

5. Der vollständige Nachweis der Infiltration gelingt meist erst 36—48 Stunden, selten schon 12—24 Stunden nach Beginn der Krankheit. Das Infiltrat verschwindet bei Ergriffensein eines grossen Lappens durchschnittlich innerhalb 8 Tagen, bei den Fällen mit circumscribten Infiltrat noch früher (innerhalb 3—4 Tagen).

6. Die rechte Seite ist bei kurzdauernden Pneumonien in $\frac{2}{3}$ der Fälle befallen.

7. Bei den Pneumonien, wo wenig ausgesprochene Symptome auf die locale Erkrankung hinweisen, ist das Hauptgewicht auf die, wenn auch oft nur wenig ausgesprochenen auscultatorischen Veränderungen zu legen. Findet man über der Lunge nichts, so kann doch oft das gleichzeitige Auftreten von 2 oder mehreren anderen Pneumoniesymptomen wie pneumonischem Sputum, event. mit Fibringerinnenseln und reichlichen Pneumokokken, Herpes labialis, die Aenderung des Verhältnisses von Puls- und Respirationszahl, das bei der P. sich derart ändert, dass die Häufigkeit der Athemzüge mehr zunimmt, als die der Pulse, zu Beginn der Erkrankung die Diagnose sichern.

8. Von der P. leichtester Art ist die Febris herpetica abzutrennen, an der Verfasser vor der Hand festhalten zu müssen glaubt. Für Febris herpetica spricht Auftreten des Herpes nach der Entfieberung und mehr allmäliger, allerdings auch während 24 Stunden sich vollziehender Temperaturabfall, während bei der P. von kurzer Dauer das Auftreten des Herpes noch während des Fiebers und ganz steiler, kritischer Temperaturabfall die Regel bildet.

Tuberculose. Chirurgische Betrachtungen über Nierentuberculose und deren operative Behandlung publicirt Prof. König (Berlin). Mit der Zunahme der Operationen dieser Art hat sich in den letzten Jahren auch die Kenntniss der klinischen Erscheinungen gefestigt, und heute ist sie derart, dass wir in der Regel die Diagnose bei den fortgeschrittenen Fällen stellen. Man muss 2 Formen auseinanderhalten. Pathologisch-anatomisch wissen wir: die Krankheit kann ihren Anfang nehmen in der drüsigen Substanz, bald als multiple, bald als solitäre Form; sie kann beginnen im Nierenbecken; sie kann aus der Drüsensubstanz übergehen in Kelche und Becken, und umgekehrt. Es giebt also auch klinisch 2 Formen: 1. die *T. in der Drüsensubstanz*, 2. die *T. im Nierenbecken*.

1. Die Diagnose der 1. Form gehört meist zu den frommen Wünschen. Schmerzen in der Nierengegend, selten ein fühlbarer Knoten in der mässig dislocirten Niere, ganz ausnahmsweise Bacillen im klaren Harn, ganz mässige Eiweissmenge in diesem, das sind die möglicherweise vorhandenen Symptome.

2. Die Symptome sind erst greifbar, wenn *der Harn sich trübt*.

Sie treten entweder plötzlich oder ganz allmählig ein; im ersten Fall entspricht wohl der plötzliche Eintritt dem Durchbruch der solitären Herde in einen Kelch. Subjectiv treten Schmerzen an 2 Stellen ein, an Nieren und Urethra. Oft ist häufiger Harndrang damit verbunden, sowie Schmerzen beim Uriniren. Nicht selten complicirt auch Blutung den Verlauf, bald sparsam, bald mehr, ja abundant. Auch der Nierenschmerz ist sehr verschieden; bald dumpfer Druck, bald sehr heftige kolikartige Schmerzen, von der Niere durch den Ureter in die Blase ausstrahlend. Dabei trübt sich der Harn. Mikroskopisch enthält er Leukocyten, Epithelien, nicht selten cylindrische. Er hat mehr Eiweiss, als der Trübung entspricht. Geschwulst sehr verschieden, bald ein grosser Tumor, bald Verkleinerung. Charakteristisch, zumal für Eiterung im Nierenbecken, ist das öftere Auftreten von Fieber mit steiler Abend-, niedriger Morgen-temperatur. Cystoskopisch gewahrt man, wenn die Blase nicht krank, nur das Herauswibeln flockigen Harn aus dem Ureter. Auf diese Symptome hin muss man in der Regel die Diagnose stellen. Denn auf den Nachweis von Tuberkelbacillen darf man nur in einer kleinen Zahl von Fällen

rechnen. Findet man sie, so ist die Diagnose gesichert, vorausgesetzt, dass keine Verwechselung mit Smegmabacillen stattfindet, oder dass es sich nur um Blasentuberculose handelt. Falls nun bei längerer Dauer solcher Erscheinungen die Pat. mehr und mehr herunterkommen, so ist auf Heilung durch innere Mittel kaum zu rechnen, der Chirurg muss eintreten. Die Resection des erkrankten Nierentheiles, sowie die Nephrotomie sind nur selten ausführbar, weil eben die Erkrankung in der Regel bereits ein grösseres Gebiet occupirt hat und Radicalentfernung alles Krankhaften auf diese Weise nicht möglich ist. *Das einzige sichere Mittel ist die Entfernung des kranken Organs.* Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen: *Hat der Kranke überhaupt eine 2. Niere? Event., ist letztere auch gesund?* Für ersteren Punkt giebt es ja gewisse diagnostische Fingerzeige: Einseitigkeit des Hodens spricht oft für eine Niere, der cystoskopische Nachweis nur eines Ureters bestätigt die Annahme des Defectes einer Niere. Auch die Hufeisenniere lässt sich meist direct durch ihre Lage in der Mitte auf der Wirbelsäule erkennen; an ihr sind übrigens meist 2 Ureteren vorhanden und event. kann die eine Niere bei der Operation ohne Schaden von der anderen getrennt werden. Weit schwieriger ist meist die Frage betreffs Intactheit der 2. Niere. Das Cystoskop weist uns freilich nach, ob 2 Uretermündungen da sind und ob aus der kranken Seite flockig trüber Urin fliesst; dann der Katheterismus des Ureters, der allerdings sichere Momente giebt, aber nur dem Geübten zugänglich, auch nicht absolut sicher und nicht ungefährlich ist. Aber auch, wenn die Diagnose der Intactheit der 2. Niere nicht sicher ist, sind wir nicht schlimm daran, da wir jetzt wissen, dass auch mit weniger als einer Niere Thier und Mensch leben können. Wenn wir heute in der Absicht, das schwer bedrohte Leben des Menschen zu retten, operiren wollen, so thun wir das auch ohne sicher zu wissen, ob wirklich T. im Spiel ist, ohne sicher zu wissen, ob die 2. Niere intact ist! Für die Diagnose der Nierentuberculose ist dabei die Gefahr eines Irrthums nicht gross. König hat nur 2 mal eine Niere mit anderweiter schwerer Pyelitis als tuberculöse Niere exstirpirt. Später ist es ihm noch 1 mal begegnet, dass ihm ein Pat. mit angeblich pyelitischer T. übergeben wurde, während er eine vereiterte Steinniere hatte (hier waren Smegmabacillen die Ursache der Täuschung). Dagegen kam es 2 mal vor, dass die zurückbleibende Niere derart erkrankt

war, dass sie die Ausscheidung des Harns allein nicht besorgen konnte; die Pat. starben an Anurie, wären freilich auch ohne Eingriff bald gestorben. Auch die Frage *anderweiter T.* ist zu berücksichtigen. Die Hodentuberculose pflegt keinen bestimmten Einfluss auszuüben; wiederholt hat Autor dabei operirt und den Hoden vorher oder nachher weggenommen. Mehr Bedeutung hat die T. der Prostata; handelte es sich hier nur um einen Knoten, so sah Autor auch hier wiederholt, dass die Affection in der Prostata anscheinend rückgängig wurde. Die grösste Bedeutung hat die T. der Blase, welche bei fortgeschrittenen Fällen von Nierenphthise diese so oft complicirt. Aber auch hier erlebte Autor, dass die Blasenerscheinungen einen Stillstand machten nach Entfernung der Niere, was ja nicht zu verwundern ist. Wird doch mit der Entfernung der Quelle des tuberculösen Secretes die Gefahr weiterer Infection der wunden Blase vermindert. Auch bei nicht zu ausgedehnten Lungenveränderungen wurde operirt; öfter haben sich solche Pat. nach der Operation ausserordentlich erholt. König hat im Ganzen 18mal die Niere exstirpirt, wovon im Anschluss an die Operation 6 ($= 33\frac{1}{3}\%$) starben. Die Prognose ist aber entschieden besser geworden: von den 10 in früheren Jahren Operirten starben 5, von den 8 in den letzten Jahren Operirten nur 1, und auch dieser erst sechs Wochen post operat. an anderweiter T.). Ueberhaupt erlagen von den Todten 3 ihrer fortschreitenden anderweiten T. (2, 3, 7 Wochen post oper.), 3 starben an Anurie, und zwar 1mal wegen Verkäsung der zurückgebliebenen atrophischen Niere, 2mal ganz jäh bei äusserlich nur geringen Veränderungen der zurückgebliebenen Niere, wohl an Epithelnekrose (beide Male war reichlich mit Jodoform und Sublimat gearbeitet worden). 12 Pat. blieben am Leben, von denen 11 zu rechnen wären (1 ist erst vor 4 Wochen operirt!); davon nun sind 8 als geheilt zu betrachten; Ein vor 5 Jahren operirter Arbeiter ist voll arbeitsfähig, ein vor 9 Jahren operirtes Kind ist nach Angabe des Bürgermeisters „das gestündeste Mädchen im Dorf“, 1 vor 12 Jahren Operirter betreibt einen grossen Viehhandel, 3 weitere sind seit 3 Jahren operirt und gesund, 2 Pat. etwa 1 Jahr. Diesen 8 Pat. stehen 3 gegenüber, deren Beurtheilung sehr wichtig ist. Bei zweien bestanden bereits vor der Operation Erkrankungen der Blase und wahrscheinlich auch der anderen Niere. Sie wurden beide bereits schwer krank operirt. Die eine lebte dann fast noch 8 Jahre; wenn sie auch nicht

frei von Symptomen blieb, so konnte sie doch ihr Leben nach allen Richtungen geniessen. Erst als sie gegen Autors Rath sich verheirathete, erlag sie in Puerperium den Folgen ihrer Harntuberculose. Auch die andere Pat. lebt jetzt im 7. Jahre. Fast sterbend kam sie in die Klinik. Sie erholte sich, aber nie vollständig, und jetzt laborirt sie noch an Blasenerkrankung, sowie an Ureterenaffectien der anderen Seite. Die 3. erlag $1\frac{1}{4}$ Jahr post operat. anderweiter T., nachdem sie wenigstens 1 Jahr in leidlichem Zustand verbracht hatte. — Autor zieht aus seiner Casuistik folgendes Resultat:

1. Die Diagnose der solitären Form der Nierentuberculose ist nur selten zu stellen. Die Diagnose der tuberculösen Pyelitis dagegen stellen wir meist aus dem klinischen Bild auch bei Fehlen von Tuberkelbacillen mit grosser Wahrscheinlichkeit.

2. Die Diagnose der Gesundheit der zurückbleibenden Niere bleibt öfter zweifelhaft.

3. Die Verbreitung der T. über die Nierensubstanz wie über das Nierenbecken ist in der Regel derart, dass eine Partialoperation, sei es eine Resection, sei es eine Nephrotomie, keine Aussicht auf Erfolg bietet.

4. Die Exstirpation der Niere ist die Operation, welche die Nachtheile der Nierentuberculose und Phthise beseitigt. Menschen, welche durch Nephrektomie operirt werden, können vollkommen gesund, d. h. arbeitsfähig werden, auch fähig, das Leben voll zu geniessen.

5. Ist dies der Fall, wenn der Urogenitalapparat im Sonstigen gesund war, so können wir heute noch weiter gehen. Wir können Menschen, welche an schwerer Nierenphthise darniederliegen, durch Operation wieder der Genesung zuführen, wenn auch ausser der phthisischen Niere noch anderweite tuberculöse Erkrankungen zumal am Urogenitalapparat (Hoden, Prostata, Blase, ja event. die zweite Niere) vorhanden sind. Durch solche Operationen können die Menschen noch lange am Leben erhalten werden.

Will man nicht auf eine Anzahl von Operationen verzichten und die Menschen zu Grunde gehen lassen, so muss man öfter operiren, ohne sicher zu sein, dass die Pyelitis eine tuberculöse ist, ohne bestimmt zu wissen, dass die 2. Niere absolut gesund ist.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1900.)

— Ueber das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis bei Arbeitern in Kohlenbergwerken macht Joh. Fabry (Dortmund) eine Mittheilung, der in einem Zeitraum von 10 Jahren allein bei Bergleuten 13 Fälle dieser von Riehl und Paltauf als besondere Form der Hauttuberculose aufgestellten Affection gesehen hat, die er ebenfalls als *Sonderform der Hauttuberculose* betrachtet. Sie ist charakterisirt durch „das herdweise Auftreten warziger Plaques auf infiltrirter Basis, umgeben von einem entzündlichen Hof mit vorwiegender Localisation auf der Dorsalseite beider Handrücken oder der Finger, oder endlich an beiden Stellen bei ausgedehnteren Fällen; confluirende Efflorescenzen haben die Eigenschaft, serpiginöse Herde zu bilden und im Centrum Tendenz zur Spontanheilung und Bildung oberflächlicher Hautnarben; die bekannten braunglänzenden, typischen Lupusknötchen fehlen. Bei seitlichem Druck auf einen derartigen Herd entleeren sich wie aus einem Sieb zahlreiche Eiter- und Epithelfröpfe; ist der Process noch weiter vorgeschritten, so kommt es zu zahlreichen Hautnekrosen und die Haut erscheint an den Stellen siebförmig durchlöchert. Der Verlauf der Krankheit ist ein äusserst langsam fortschreitender. Erst nach Jahren erfährt man häufig, dass die Pat. tuberculös behaftet sind oder selbst an Lungentuberculose leiden.“ Autor hatte Gelegenheit, auch den *Beginn der Affection* häufiger zu beobachten. Sie beginnt nie mit einem Lupusknötchen, sondern mit einem stabilen, kleinen, braunrothen, etwa linsengrossen Fleck, der mit kleinen weissglänzenden Schüppchen bedeckt ist; auf Druck verschwindet die Röthung, um bei Nachlassen des Druckes bald wieder zu erscheinen. Der Fleck, der keinerlei Beschwerden macht, kann Monate und länger unverändert bleiben; die Erhebung über das gesunde Hautniveau ist noch kaum bemerkbar, nur erscheint die Haut bereits härter und rauher als die normale. Die histologische Untersuchung solcher Flecke zeigte sofort, um was es sich handelte. *Actiologisch* hält Autor die Affection für *echte Impftuberculose*, für deren Entstehung die zahlreichen Verletzungen an den Handrücken der Bergleute einerseits und tuberculös erkrankte Angehörige andererseits hinreichende Handhaben bieten; manchmal liegt Autointoxication vor. Das Leiden zeigt, weil es nicht so deletär in die Tiefe greift, eine viel grössere Gutartigkeit als der Lupus papillosus, mit dem es identificirt wird. Die *Prognose* ist quoad sanationem hier weit günstiger, als bei lupösen Erkrankungen; entfernt

man die erkrankte Haut durch Excision radical, so entwickelt sich nie ein Recidiv. Bei der *Behandlung* bediente sich Autor je nach den äusseren Verhältnissen und Umständen verschiedener Methoden:

1. Excision bis tief ins subcutane Gewebe und secundäre Transplantation in Narkose.

2. Die erkrankten Stellen werden mit Aethylchlorid weiss gefroren und dann mit einem scharfen Messer flach abgetragen; die blutende Fläche muss überall frisch roth erscheinen, etwa noch vorhandene schmutzig verfärbte Stellen sind mit dem Messer zu entfernen, hierauf Blutstillung und aseptischer Verband mit Airolgaze und Watte. Der Verband bleibt 3—4 Tage liegen, worauf die Wunde unter Application einer 10 % igen Pyrogallussalbe oder unter Aetzungen mit Argent. nitr. oder Acid. carbol. liquefact. zum Abheilen gebracht wird.

3. Ausschabung, Kauterisation und Nachbehandlung wie beim gewöhnlichen Lupus.

4. Einfach Sublimatumschläge und mehrfache 3 tägige Application von 10—20 % iger Pyrogallussalbe (recht langwierig und nur für messerscheue Pat.).

(Archiv f. Dermatologie 1900 Bd. 51 Heft 1. —
Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30 Nr. 6.)

- Die Alkoholtherapie der localen T. empfiehlt warm Dr. L. Neustadtl. Dieselbe, von Salzwedel eingeführt, hat sich bekanntlich bei phlegmonösen Entzündungen bereits sehr bewährt. Man hat früher die desinficirende Wirkung des Alkohols als das wirksame Agens angesehen. Jetzt kam Buchner auf Grund experimenteller Untersuchungen zu dem Schlusse, dass der günstige Einfluss des Alkohols auf einer Erzeugung von Hyperämie beruht, auf seiner gefässerweiternden Wirkung, wodurch es zu einer „Vermehrung der durch die betreffenden Organtheile in der Zeiteinheit hindurchströmenden Blutmenge kommt, womit alle die Wirkungen, welche das Blut überhaupt auszuüben vermag, insbesondere also auch die resorptiven und bakterienfeindlichen, in erhöhtem Maasse zur Geltung kommen müssen.“ Die Gefässerweiterung geschieht nach Buchner durch den Reiz, den der Alkohol auf die gefässerweiternden Nerven, die in der Gefässwand selbst angeordnet sind, ausübt. Auf Grund dessen hielt Buchner einen günstigen Erfolg des Alkoholverbandes bei localer T. für möglich. 10 Fälle Angerer's (Münchener chir. Klinik) von Gelenk-, Knochen-

und Hauttuberculose bestätigen dies; 3 mal erfolgte Heilung, in den übrigen in auffallend kurzer Zeit Besserung. Daraufhin behandelte nun Neustadt einen Fall von *Tendovaginitis* und *Ostitis tuberculosa* ebenso, nachdem Pat. die ihm angerathene Amputation nicht bewilligte. Als er den Pat. sah, bot der 25 jähr. Mann folgendes Bild: Im Bereiche der linken Hand, und zwar von den unteren Epiphysen der Vorderarmknochen bis zu den Metacarpophalangealgelenken eine diffuse Anschwellung von teigiger Consistenz; im Centrum derselben auf lividem Grunde 2 linsengrosse Geschwüre mit nussfarbigem Belag, mit reichlicher, blutig-seröser Secretion; bei Druck Schwellung besonders in der Gegend des Metacarpus II und III schmerzhaft; bei Sondirung kam man nirgends auf Knochen; auf der Volarseite des Gelenkes, in der Gegend des unteren Radiusendes eine scheinbar fluctuirende Anschwellung, darüber Haut geröthet; Hand in Streckstellung mit starker ulnarer Abduction; active Beweglichkeit im Handgelenk vollständig aufgehoben, passiv noch ein Rest von Beweglichkeit, auch Bewegungen der Finger beschränkt. Bei diesem Zustande, bei der beträchtlichen Auftreibung der Handwurzel- und Metacarpalknochen musste trotz negativer Sondirung an Knochenerkrankung gedacht werden (1 Bruder des Pat. starb an Phthise!), und hielt Autor die Amputation für unvermeidlich. Pat. kam in die Wölfler'sche Klinik, wo er vorläufig expectativ behandelt wurde (3—4 Mal tägl. Handbäder mit Darkauer Jodsalz, dazwischen Umschläge), wobei die Schmerzen etwas nachliessen, die Anschwellung aber stationär blieb. Behandlung so 5 Wochen. Ende August wurden die beiden Fisteln durch einen Schnitt verbunden und ausgekratzt. Schliesslich wurde ihm die Amputation vorgeschlagen. Anfangs October las Autor Buchner's Arbeit und beschloss, den *Alkoholverband* zu versuchen. Vom 15. X. ab bekam Pat. täglich einen solchen. Wattestreifen, mit 96 % igem Alkohol durchtränkt, wurden von den Metacarpophalangealgelenken bis zum Ellenbogen hinauf gegeben, darüber eine Lage Billroth-Battist, fixirende Binde; zur Correctur jener pathologischen Stellung der Hand rechts und links eine in Wasser getauchte Pappendeckelschiene; in beide Fisteln kam ebenfalls alkoholdurchtränkte Watte. Nach den ersten Verbänden einiges Brennen, später nicht mehr. Bereits nach 3 Verbänden deutliche Abnahme der Schwellung, die dann noch weiter beträchtlich zurückging (nach 6 Wochen um 3 cm). Auch die Schmerzen

liessen bald nach, die Secretion verringerte sich, die Beweglichkeit stellte sich wieder ein, ebenso die normale Stellung der Hand, Pat. konnte leichtere Arbeiten ausführen. Nach 6 Wochen war auch die eine Fistel vollkommen geschlossen, in die andere drang die Sonde kaum $\frac{1}{2}$ cm weit ein, die Secretion war minimal. Dass dieser Erfolg kein zufälliger ist, zeigt sein rasches Eintreten nach erfolgloser anderweitiger Therapie. (Prager medic. Wochenschr. 1900 Nr. 7.)

- Die Punction der Lunge zum Nachweis der Tuberkelbacillen empfiehlt Dr. M. Henkel (Rumpel's Abtheilung im Neuen Allgem. Krankenhause Hamburg). Bekanntlich ist oft genug die Frühdiagnose der Phthise äusserst schwierig. Es giebt Fälle, wo der Auswurf monatelang fehlt, trotz oft manifesten klinischen Befundes. Häufig erhält man bei incipienter Phthise nur während der ersten Tage des Krankenhausaufenthaltes Auswurf, dann schwindet derselbe, oft lediglich durch die Bettruhe, und zeigt sich oft monatelang nicht mehr. Die Temperaturcurven aller dieser Fälle zeigen nun stets dasselbe Bild: Constante, ganz geringe allabendliche Erhebungen über $37-37,8^{\circ}$, kaum je höher. Das deutet fast stets auf incipiente Phthise hin. Bisweilen klagen die Pat. bei der Aufnahme über nichts als über allgemeine Mattigkeit; ein Organbefund ist nicht zu erheben. Aufmerksam wird man aber, sobald die Temperaturcurve die eben geschilderte Form annimmt. Weiterhin, oft auch erst nach Wochen, kann man dann die Affection physikalisch nachweisen, später Tuberkelbacillen im Sputum entdecken. Klemperer sagt in seiner „Klin. Diagnostik“: „Die ersten physikalisch wahrnehmbaren Zeichen der Lungentuberculose sind: deutliche Dämpfung über einer Spitze, vesiculäres Athmen, mit verlängertem, verschärftem Expirium oder unbestimmtes Athmen, kleinblasige klanglose, resp. bronchitische Rasselgeräusche.“ Autor hat nun die Erfahrung gemacht, dass die ersten physikalischen Symptome gewöhnlich gerade *nicht* über der Spitze mit einer Dämpfung zumal auftreten; viel häufiger waren die ersten Symptome auscultatorischer Natur, ihr Sitz vorwiegend in der Fossa supraspinata, infrapinata, zwischen den Schulterblättern, traten zuerst in der Fossa infraclavicularis auf. Hinten hört man auf einer Seite, während sonst In- und Expirium noch ganz unverändert sind, ein trockenes, giemendes oder knarrendes Geräusch von tonartigem, musikalischem Charakter, meist am Ende des Expiriums. Dieses trockene,

hohe Geräusch, welches constant an der gleichen Stelle über Monate, selbst auch nach glücklichem therapeutischem Verlauf, gehört wird, gleicht dem „Winseln junger Hunde.“ Neben diesen Frühsymptomen spielt das abgeschwächte Vesiculärathmen und das abgeschwächte rauhe, id est unreine Vesiculärathmen eine Rolle. Die Hauptsache aber bleibt doch stets der Nachweis der Tuberkelbacillen, d. h. der möglichst frühe. Ganz abgesehen von den Fällen, wo Sputum fehlt, ist es auch sonst bei vorhandenem Sputum oft recht schwierig, die Bacillen nachzuweisen; es wird erst möglich durch den Thierversuch, durch Sedimentirung, durch Culturverfahren. *Wo aber der Auswurf ganz fehlt und wo die klinische Beurtheilung der Lungenaffection unklar bleibt, da bleibt uns nur die Aspirationsmethode übrig, die freilich auch manchmal im Stich lässt, aber doch meist positive Resultate ergibt und die Frühdiagnose der Phthise ermöglicht.* Nie hat Autor einen Schaden durch dieselbe erlebt; freilich ist streng aseptisches Vorgehen Bedingung. Die Aspiration muss langsam und in kleinen Pausen ausgeführt werden; es genügen minimale Mengen Aspirationsflüssigkeit. Kaum je war das nächste Sputum sanguinolent; nie kam es zu wirklichen Lungenblutungen. Manchmal tritt im Anschluss an die Aspiration mässige, vorübergehende Temperatursteigerung auf. Trotz alledem wird man sich der Methode nur da bedienen, wo es auf keine andere Weise gelingt, ein sicheres Urtheil über die bestehende Lungenerkrankung zu gewinnen. Zu grossen differentialdiagnostischen und prognostischen Schwierigkeiten können manche Fälle von *croupöser Pneumonie* führen, die nicht in Resolution übergehen, sondern allgemach käsigen Charakter annehmen; gerade hier gelingt es auch sehr selten nur, in dem oft reichlichen Sputum Tuberkelbacillen nachzuweisen, weil das Sputum hier eben hauptsächlich aus den katarrhalisch erkrankten gröberen Athmungsweegen stammt und dieser Katarrh nicht tuberculöser Natur ist, nicht aber aus den Alveolen herkommt, wo die tuberculösen käsigen Massen eben liegen bleiben, da der Tod meist schon vor der Resolution eintritt. Gerade hier wird die Aspiration am Platze sein. Auch die *Streptokokkenpneumonien* kommen hier in Betracht, namentlich wenn sie zu einer dichten Infiltration mit Dämpfung im Oberlappen führen. Dem Autor ist es in einem solchen Falle, dessen Beurtheilung längere Zeit Schwierigkeiten machte, wo er lange Zeit in dem eigenartigen, eitrig-schleimigen, ge-

legentlich sanguinolenten Sputum vergebens auf Tuberkelbacillen gefahndet hatte, gelungen, durch die Aspiration den Streptococcus pyogenes in Reincultur nachzuweisen. Auch bei Lungentumoren, Aktinomykose, Echinokokken der Lunge wird die Methode bisweilen von Vortheil sein. Der günstigste Ort für die Punction ist der, wo die physikalischen Erscheinungen am ausgesprochensten sind.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 18.)

Tumoren. Eine Methode der Radicalheilung des Epithelialkrebses mit Arsenik gaben 1897 Dr. Černý und Dr. Truncék (Prag). Letzterer theilt jetzt noch einmal die Einzelheiten dieses Verfahrens mit, das sich auch anderen Autoren bereits mehrfach bewährt zu haben scheint. Man verwendet folgende Mischung:

Rp. Acid. arsenic. pulv. 1,0
Alcohol. aethyl. absol.
Aq. dest. aa 75,0
S. Gut umgeschüttelt, äusserlich!

Das neoplastische Geschwür wird gereinigt und von Zerfallsproducten befreit (vor einer mässigen Blutung braucht man sich nicht zu fürchten, da es sogar vortheilhaft ist, dass das lebende Gewebe zu Tage tritt! eine grössere Blutung schwemmt das Medicament fort!). Dann wird die obige Mischung (umgeschüttelt!) mittelst Pinsels auf die ganze Oberfläche des Tumors applicirt, worauf das Geschwür an der Luft der Abtrocknung überlassen wird. Wenn Pat. kein Brennen verspürt, erfolgt nach 5 Minuten eine 2. Pinselung. Das Geschwür bleibt dann den ganzen Tage ohne Verband. Nach der Pinselung empfindet der Pat. manchmal Brennen und oft nach einigen Stunden Schmerz (doch erträglichen!). Gewöhnlich am 2. Tage (bisweilen später) ist das Geschwür mit einer Borke bedeckt. Diese wird nicht entfernt, sondern alle Tage (wie das 1. Mal) weiter gepinselt. Manchmal tritt nach der Application Oedem der umliegenden Theile ein; dann setzt man das Verfahren bis nach Verschwinden desselben aus. Unterdessen wird die Anfangs braune und dünne Borke allmähig dunkler; falls sie, wie es manchmal im Beginne der Behandlung zu geschehen pflegt, nur einen Theil der Geschwulst bedeckte, breitet sie sich über die ganze Oberfläche aus, ist an ihrer Basis fest mit der Unterlage verbunden und könnte ohne Verletzung der Geschwulst nicht entfernt werden. Wenn

man nach einiger Zeit einen mässigen Druck auf sie ausübt, quillt hier und da etwas gelbgrünliche Flüssigkeit am Rande hervor (Eiter). Es beginnt sich dann ihr Rand abzuheben, so dass man ihre abstehenden Theile entfernen kann. Bei fortgesetzter Einpinselung löst sie sich allmähig ganz los, was ohne alle Blutung vor sich gehen soll, wenn alle Theile des Carcinoms wirklich entfernt sind. Die Borke ist das durch das Arsenik zum Absterben gebrachte carcinomatöse Gewebe. Je dicker sie im Laufe der Behandlung wird, desto concentrirter soll die Arsenikmischung sein (also statt der anfänglichen Mischung von 1:150 nehme man eine solche von 1:100, dann 1:80). Nach totaler oder partieller Abstossung der Borke wird die entstandene Wundfläche wieder mit der Mischung 1:150 eingepinselt (nur 1 mal). Wenn sich bis zum nächsten Tage eine Borke von gelbgrüner Farbe bildet, welche überall ohne Blutung von der Unterlage abgehoben werden kann, ist das gesammte carcinomatöse Gewebe entfernt. In anderen Fällen bildet sich nach der Pinselung von neuem eine schwärzliche Borke, welche an der Unterlage entweder nur an einzelnen Stellen oder überall fest anhaftet; hier muss die Behandlung so lange fortgesetzt werden, bis alles Kranke eliminirt ist. Sobald sich keine schwärzliche Borke mehr bildet, ist letzteres der Fall, die neoplastische Ulceration hat sich in eine granulirende Wunde verwandelt, die mit Zinksalbe zur Heilung gebracht wird. Ist nun aber das Carcinom von vornherein nicht exulcerirt, so muss man künstlich dem Arsen Zugang verschaffen. Ist die Haut sehr verdünnt und mit dem Tumor verwachsen, genügt es, die Epidermis an der adhärennten Parthie abzukratzen, bis ein Blutstropfen zum Vorschein kommt. Ist die Haut noch nicht in Mitleidenschaft gezogen, so trägt man etwas mehr von ihr mit der Scheere ab, und behandelt dann hier, wie oben beschrieben. *Das Verfahren eignet sich zwar nur für gewisse Carcinome. Dieselben dürfen noch nicht weit vorgeschritten sein, noch nicht die Lymphdrüsen ergriffen haben, ausserdem müssen sie von aussen angreifbar sein.* Beginnende Carcinome der Haut, des äusseren Gehörgangs, der Lippe, des Mundes, des Kehlkopfes kommen also in Betracht. Man muss also möglichst früh die Diagnose zu stellen suchen, was durch das Verfahren selbst erleichtert wird, denn täuscht man sich mal, handelt es sich nicht um Carcinom, so schadet das Verfahren auch nicht, höchstens kann eine geringe Entzündung die Folge sein. Bei Carcinom

wirkt das Verfahren desto rascher, je stärker jene exulcerirt sind. Ferner ist da, wo das Carcinom den Charakter des embryonalen Gewebes trägt, die Wirkung eine raschere, als bei Cancroiden mit verhornten Zellen; deswegen wirkt auch das Arsen manchmal langsam auf die oberste Schichte des Tumors, sobald aber die erste Kruste, welche hauptsächlich aus verhornten Zellen gebildet wird, sich abstösst, wirkt es auf die tieferen jungen Zellen viel rascher. Ganz kleine Carcinome bedürfen ungefähr 3—4 Wochen ehe sie geheilt sind. *Wie wirkt nun aber das Arsen überhaupt ein?* Da weder auf einer granulirenden Wunde, noch auf einem gewöhnlichen Geschwür, auf der Epidermis oder dem Epithel ein ähnlicher Schorf, wie auf carcinomatösem Gewebe sich bildet, so geht daraus hervor, dass das Mittel sich gegen letzteres eben anders verhält; *wahrscheinlich geht das Arsen mit irgend einem Bestandtheile der Krebszellen eine Verbindung ein.* Vorläufig kann man die Heilung nur auf folgende Vorkommnisse zurückführen:

1. Die Krebszellen werden zuerst durch den Alkohol ihres Wassergehaltes beraubt, dann coagulirt ihr Protoplasma unter dem Einflusse des Arseniks.

2. Die Zellen des Stromas degeneriren hyalin und rufen eine Exsudation hervor, welche wieder in den durch das Arsenik abgetödteten Krebszellen Veränderungen hervorbringt.

3. In den umgebenden gesunden Parthieen tritt eine demarkirende Entzündung auf, welche in Eiterung übergeht und bewirkt, dass der ganze, durch das Arsenik nekrotisirte Tumor sich wie ein Fremdkörper exfolirt.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1900 Nr. 1/2.)

— Icthyocolloidum gegen Gefässmäler der Säuglinge empfiehlt P. G. Unna. Diese Gefässmäler zerfallen bekanntlich in 2 absolut verschiedene Kategorien: die mehr oder weniger rasch sich vergrößernden, aus *arteriellen*, knäuelartig verflochtenen Capillaren aufgebauten, glomeruliformen *Angiome* und die ganz inactiven, rein *venösen* Gefässmäler, die *Feuermäler*. Jene sind dunkle, violette oder blaue, scharf umschriebene, compressible T., diese helle, weinrothe, nicht erhabene, unregelmässig contourirte Flecke, die blaue Farbe rührt von der tiefen Lagerung des glomeruliformen Angioms unter der Cutis her, die hellrothe der Feuermäler entspricht der oberflächlichen Lage der Gefässerweiterungen innerhalb der Cutis selbst. Die verschiedene Natur der Gefässmäler

spiegelt sich in der Verschiedenheit der *Therapie* wieder. Die *Angiome* erfordern die Zerstörung durch Granulations- und Narbenbildung, die am zweckmässigsten auf unblutigem Wege durch multiple Stichelung mit dem schwach rothglühenden Spitzbrenner geschieht. Aber auch die einfache, langdauernde Compression führt in vielen Fällen zum Ziele, insbesondere wo das Wachsthum ein langsames, wo die Geschwulst über Knochen localisirt ist, wie z. B. am Schädel, und wo sie schon spontaner Weise Zeichen interstitieller Fibrom- und Narbenbildung in Form einer leichten, weisslichen Delle zeigt. Die Compression wird am besten bewirkt durch einfache Aufpinselung von:

Rp. Ichthyol. 1,0

Collod. 9,0

M. Pinsel im Kork!

Man bepinselt die Geschwulst täglich 2—3 Mal, bis sich nach mehreren Tagen eine dicke braunschwarze Kruste gebildet hat, die man der spontanen Abhebung, unterstützt durch die am Rande arbeitende, Lanugohärchen durchtrennende, krumme Scheere überlässt. Ist diese starke und die Haut ohne jede Schädigung comprimirende Decke abgenommen, so beginnt der *Cyclus* der Einpinselungen von Neuem. Jedes Mal zeigt sich das Angiom heller und flacher. Nach anscheinendem Schwund muss die Pinselung noch lange fortgesetzt werden, um *Recidive* zu verhüten. Da Ichthyolcollodium auch ein gutes Wundheilungsmittel ist, kann man seine Application auch mit dem *Cauterium actuale* verbinden, indem vor der 1. Pinselung jedesmal eine Stichelung vorgenommen wird. Bei *Feuermälern* nun älterer Kinder und Erwachsener ist diese Compressionstherapie im Allgemeinen wirkungslos, nicht aber bei Säuglingen. Der Erfolg dieser Therapie nimmt mit dem Alter stetig ab und ist am grössten gleich nach der Geburt; es ist deshalb ein Fehler, diese bei Erwachsenen ja überhaupt so intractablen Schönheitsfehler bis in die Pubertät hinein sich selbst zu überlassen. Unna fand vor einigen Jahren, dass ein einfacher Druck, bald nach der Geburt angewendet, zur Heilung genügt. Man applicire also hier das Ichthyolcollodium, und wird erstaunt sein, diese später so schwer angreifbaren Herde allmählig verschwinden zu sehen.

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 5.)

Vermischtes.

- Den Gesichtsschleier als Ursache der Nasenröthe erkannt hat Prof. Dr. Rosenbach (Berlin). So weich ein Schleier bei oberflächlicher Prüfung erscheint, so zeigt sich bei eingehender Untersuchung seiner Gesichtsfäche doch, dass die Fäden, durch die Löcher und Muster gebildet werden, oft recht scharf und rauh sind resp. während des Gebrauches werden. So ist der Schleier im Stande, schon durch beständigen *Druck*, noch mehr aber unter gewissen localen Einflüssen, eine empfindliche Haut recht beträchtlich zu reizen, da er bei Bewegungen des Kopfes direct *Nasenspitze und Wangen scheuert*. Vor allem aber wirkt er dadurch schädlich, dass der die Nase verlassende Wasserdampf, der ja im Sommer leicht verdunstet, im Winter das Gewebe des Schleiers bald so vollkommen durchtränkt, dass eine Art von constanter, feuchtkalter Atmosphäre, ja ein feuchtkaltes Katäplasma sich bildet. Während so die Nasenspitze künstlich blutleer gemacht wird, wird das Blut nach anderen Stellen der Nase, die sich unter der blutgefässerweiternden Wirkung des feuchten Schleiers befinden, hingetrieben, d. h. dicht oberhalb der Nasenspitze und zu beiden Seiten des Nasenrückens und oberhalb der Nasenflügel röthen sich grössere Bezirke der Haut stark. Durch den Eintritt in einen warmen Raum wird diese ungünstige Blutvertheilung noch wesentlich verstärkt, wenn nicht der Schleier sofort abgenommen wird. Wenn aber die Schlafheit der Gefässe schon zur dauernden Erweiterung geführt hat, dann bleibt jene Blutvertheilung trotz Abnahme des Schleiers bestehen, es entsteht *über der Nasenspitze und den beiden Seitentheilen der Nase eine schmetterlingförmige Röthe!* Je länger der Schleier ohne Lüftung getragen wird, je mehr er wegen zu grosser Spannung seine schädliche

Wirkung ausüben kann, je kälter der Winter ist, und je mehr sich die Trägerinnen der kalten Luft aussetzen, desto eher stabilisiren sich die Veränderungen; es bilden sich scharf umschriebene Flecke aus, in denen zahlreiche kleinste erweiterte Blutgefässe verlaufen, und schliesslich wird die Haut in der Continuität stärker pigmentirt. Leider schieben die von „Schleiererythem“ Befallenen letzteres der Einwirkung der scharfen Luft oder ihrer besonders zarten Haut in die Schuhe und suchen Schutz in immer dichterem und fester anliegenden Schleiern, so das Leiden desto intensiver gestaltend, je ängstlicher sie ihre Nase verbarrikadiren. An den *Wangen* macht sich der schädliche Einfluss weniger geltend, da die Haut hier weniger empfindlich, die Absonderung von Wasserdampf nur minimal ist. Aber zum Erythem kommt es doch, und die mechanische Ursache verräth sich hier deutlich durch die untere Grenzlinie des veränderten Hautbezirkes: Häufig wird nämlich das Gebiet der Wangenröthe durch eine horizontal oder etwas schräg verlaufende Linie in 2 Bezirke geschieden, deren oberer dunkle Röthung zeigt, während der kleinere untere, unterhalb des Proc. zygomaticus befindliche, normal aussieht; wie man sich leicht überzeugen kann, liegt der Schleier gerade dem oberen Theile, der dem Jochfortsatze entspricht, sehr prall an und spannt sich über den unteren Theil der Wange mit einem gewissen Abstände hinweg. Die *Therapie* ist, wenn die Gefässerweiterung noch nicht dauernd geworden, einfach: Die Pat. dürfen keinen Schleier tragen, sich fürs erste scharfen Winden und grosser Kälte nicht aussetzen, nicht sofort nach dem Ausgang in kalter Temperatur in ein warmes Zimmer treten. Ferner ist es, auch wenn die Röthe im Verschwinden begriffen ist, nothwendig, beim Aufenthalte in freier scharfer Luft, die betreffenden Theile erst mit einer dünnen Schicht Lanolin, Vaseline oder Cold-Cream einzusalben und darüber etwas Talcum oder Amylum zu pudern. So können sich auch schon ausgeprägte Veränderungen spätestens im Laufe eines Jahres verlieren.

(Berliner klin. Wochenschr. 1899 Nr. 41.)

— Vesicator, den modernen Anforderungen entsprechend, nach der Vorschrift von Guépin:

Rp. Liq. ammon. caustic. 5,0

Ol. camphor. 10

S. Ein damit getränkter Wattebausch wird

ca. 15 Minuten lang aufgelegt.

(Münchener med. Wochenschrift 1899 Nr. 45.)

- Versuche mit Eulactol in der Kinderpraxis hat Dr. S. Swarsensky (Berlin, Kinderpoliklinik des Privatdocent Dr. H. Neumann) vorgenommen. Eulactol ist ein Gemisch von Eiweiss (28,5 0/0), Fett (14 0/0), Kohlehydraten, und zwar Milchzucker (46 0/0) und verschiedenen Mineralstoffen (Phosphorsäure, Kalk, Eisenoxyd). Grössere Kinder erhielten davon 1 Esslöffel, kleinere (bis zum 3. Lebensjahr) 1 Theelöffel 3 Mal täglich, am besten in heisse Milch oder Cacao einfach verrührt (aber auch in Suppe, Brei u. dgl.). Es wurden zu den Versuchen 27 kg Eulactol bei 23 Kindern im Alter von 1 Monat bis zu 12 Jahren verwendet, indem das Präparat 4—6 Wochen, mehrfach aber auch 3—4 Monate lang gereicht wurde. Es wurde auch längere Zeit gern genommen und bewirkte nie irgendwelche Verdauungsstörungen. Die Resultate waren so befriedigend, dass man das Mittel für Zustände, wo die Kinder nicht recht an Gewicht zunehmen, wohl empfehlen darf. Auch bei kleineren Kindern, die an habituellem Erbrechen, Dyspepsie etc. litten, bewährte es sich als Nahrungsmittel. — Prof. Ewald fügt in einem Nachwort hinzu, dass sich auch ihm das Eulactol wohl bewährte, und dass es allen Anforderungen entspricht, die man an derartige Kunstproducte stellen muss, d. h. betreffs rationeller Zusammensetzung, guter Verdaulichkeit, leichter Resorbirbarkeit, Fehlens von Magen- und Darmreizung und endlich guten Geschmackes; in Bezug auf letzteren Punkt versichert Autor, dass der Zusatz des Präparates den Speisen keinen besonderen Beigeschmack verleiht. Versuche zeigen ferner, dass die Ausnutzung des Eulactols eine vorzügliche war (über 90 0/0 wurden aufgenommen!). Ewald hat das Mittel einer grösseren Anzahl von Pat. gegeben und den Eindruck gewonnen, dass er ihnen damit einen wirklichen Nutzen erwies.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 Nr. 46.)

- Albuminurie nach Schädelverletzung sah Prof. A. Thiem (Cottbus). Hufschlag gegen die Nase bei einem 15jähr. Jungen mit Eintreibung des Nasengerüsts in die Siebbeinzellen und den Schädelgrund. Am 5. Tage Eiweiss mässigen Grades, nach 3 Wochen schwindend. — Thiem theilt auch einen Fall von Muskelabstreifung von der Sehne des Biceps mit. Ein 37jähr. Arbeiter erlitt beim Ueberfahrenwerden diese Verletzung. *Der Muskelbauch erscheint nach dem oberen Ende hingewichen, unterhalb sieht man*

die muskelleere, straff gespannte Sehne und der Arm hat hier 2 cm Minderumfang, dagegen über dem Muskelbauch 1 cm Mehrumfang. Keine nennenswerthe functionelle Störung. Das Bild ist ein umgekehrtes, wie bei eigentlichen Muskelrissen des Biceps, bei denen der abgerissene Muskelbauch fast immer nach abwärts rutscht und hier anwächst. Thiem hat dieselbe Verletzung noch einmal am Quadriceps femoris gesehen, wo sie ebenfalls durch tangential einwirkende Gewalt, Ueberfahrenwerden, herbeigeführt wurde.

(71. Naturforscherversammlung in München. —
Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 Nr. 10.)

- Mit Sidonal (= *chinasaures Piperazin*), einem von der Firma Jaffé & Darmstädter dargestellten, in Wasser leicht löslichen Präparat, hat Dr. F. Blumenthal (Berlin, v. Leyden'sche Klinik) an Kranken Versuche angestellt, indem dieselben täglich 10 Pulver à 0,5 oder 2 stüdl. 1 Esslöffel der Lösung, 10,0:150,0, erhielten. Das Präparat schmeckt leicht säuerlich und machte nie Nebenwirkungen (nur neigen die Lösungen nach 2—3 Tagen zum Schimmeln!). Es ergab sich, dass die Ausscheidung der Harnsäure durch Sidonal herabgesetzt und dafür die Ausscheidung der Hippursäure gesteigert wird, sodass man annehmen muss, Sidonal habe die Eigenschaft, die Bildung der Harnsäure im Organismus zu hemmen, an deren Stelle nun Hippursäure gebildet wird.

(Verein f. innere Medizin Berlin, 5. III. 1900. —
Die Therapie der Gegenwart, April 1900.)

- Injection von 5 % Kal. permang.-Lösung bei Schlangenbiss an Stelle der Verwundung soll nach Dr. Szclváasy (Borszék) sehr wirksam sein, wenn frühzeitig angewandt. Autor hat das Verfahren bei 9 Fällen angewandt und stets Heilung erzielt.

(Orvosi Hetilap 1900 Nr. 11. — Ungar. medic. Presse 1900 Nr. 14/15.)

Bücherschau.

— Einer der hervorragendsten Bände der *Medicin. Handatlanten* (München, J. F. Lehmann) war Bd. XIII: *Atlas und Grundriss der Verbandslehre* von Hoffa. Das Werk ist jetzt in 2. Auflage erschienen, wobei der Verfasser eine Vermehrung des textlichen und bildlichen Theiles, sowie manche Verbesserungen vorgenommen hat. Die 144 nach Originalaquarellen des Malers Fink angefertigten Tafeln sind vorzüglich, indem sie ungemein plastisch die einzelnen Verbände, Apparate etc. wiedergeben. Dazu kommt noch die Prägnanz und Klarheit des Textes, mit dem Hoffa ein selten brauchbares Compendium der Verbandslehre geliefert hat — kein Wunder, dass auch dieser, dazu recht billige (geb. Mk. 7) Band der rühmlichst bekannten Atlanten-Sammlung zu den alten sich sehr viel neue Freunde hinzuerwerben wird.

— Das Geburtshülfliche Taschenphantom von Dr. A. Müller, welches bei J. F. Lehmann (München) kürzlich erschien (Preis: Mk. 6) ist ein vorzügliches Mittel, den Geburtsmechanismus in allen Details eingehend zu studiren und die geburtshülflichen Operationen sich klarzumachen und einzuüben. Nicht nur der Studirende, sondern auch der prakt. Arzt wird das sehr zweckmässig construirte und in Form eines kleinen Bächleins sich präsentirende Phantom mit vielem Nutzen zu Rathe ziehen. — In gleichem Verlage erschien der 20. Band der *Medicin. Handatlanten* (s. oben) und zwar der von Privatdoc. Dr. H. Dürk herausgegebene *Atlas und Grundriss der speciellen pathol. Histologie*. Soweit der vorliegende I. Band, welcher die *Circulationsorgane, Respirationsorgane und Magendarmcanal* behandelt, erkennen lässt, steht dieses Werk durchaus nicht hinter seinen Vorgängern, die ja allgemeinen Beifall fanden, zurück, sondern zeigt ebenso wie jene, derartige Vorzüge vor ähnlichen Werken, dass dessen Anschaffung, zumal bei dem billigen Preise (Mk. 11) warm empfohlen werden kann.

— Abel's Medicinische Lehrbücher (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig) sind bei Aerzten und Studirenden so weit verbreitet, dass immer neue Auflagen nöthig werden. Einer der beliebtesten Bände dieser Sammlung ist Krüche's Allgemeine Chirurgie, der jetzt in 7. Auflage erschienen ist. Bedenkt man, wie derartige Bücher bei Studenten oft von einer Hand in die andere wandern, so dass an *einem* Exemplar häufig recht viele Leser theiligt sind, so geht daraus hervor, wie viele Mediciner bereits aus dem „Krüche“ ihre Weisheit geschöpft haben, welcher Beliebtheit sich dieses Buch in weitesten Kreisen erfreut. Kein Wunder auch! Hat es doch der Autor vortrefflich verstanden, die Grundzüge der modernen allgemeinen Chirurgie und Operationslehre in den engen Rahmen eines Compendiums zu bringen, das Ueberflüssige bei Seite lassend und nur das Nothwendige in kurzen, prägnanten Zügen vor Augen führend. Gleiche Vorzüge besitzt auch Parreidt's Zahnheilkunde, dessen 2. Auflage bereits vergriffen ist, so dass jetzt eine 3. nothwendig wurde. Auch dieser Autor verdankt den Erfolg seines Buches zum grossen Theil dem Umstande, dass er vor allem stets die Bedürfnisse des prakt. Arztes im Auge behält und, Nebensächliches unberücksichtigt lassend, das, was zu wissen noth thut, in markanter Weise schildert. Die vortreffliche Ausstattung bei mässigem Preise (Mk. 6.75 der Band, solid gebunden) dient diesen kurzen Lehrbüchern ebenfalls zur Empfehlung.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 10.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Juli

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Seifen-

spiritus als Desinficiens der Instrumente empfiehlt auf Grund 4jähriger Erfahrungen Dr. K. Gerson (Berlin). Mikuliez wies bekanntlich die hervorragende baktericide Eigenschaft des Spirit. saponat. officin. nach; dieser tödtete den Staphylococcus aureus schon nach $\frac{1}{2}$ Minute, während durch 1 $\frac{0}{00}$ ige Sublimatlösung dies erst nach 10 Minuten erreicht wird. Dementsprechend sind auch die klinischen Erfahrungen. Seifenspiritus ist für den prakt. Arzt sehr werthvoll, namentlich wo ausserhalb der Sprechstunde im Hause des Pat. ein chirurgischer oder gynäkologischer Eingriff nöthig ist, von dessen schleunigster Ausführung alles abhängt. Hier hat sich folgendes Verfahren bewährt, das eine vorhergehende Desinfection überflüssig macht: *die nöthigen Instrumente werden mit in Seifenspiritus getränkter Watte einzeln fest umwickelt und in kleiner Ledertasche mitgeführt. Man erreicht so auf schnellste Weise eine*

Sterilisierung der Instrumente und durch den Luftabschluss auch ihr Freibleiben von Keimen. Erst unmittelbar vor dem Gebrauch werden sie von der Wattehülle befreit, nachdem die Haut des Operationsfeldes und die Hände 5 Minuten mit Seifenspiritus gewaschen und gebürstet sind (Mikulicz); wird der Seifenspiritus direct auf Hände und Operationsfeld gegossen, so ist man auch nicht abhängig von der Sauberkeit etwaiger Schlüssel, Behälter etc. Nach der Operation werden die Instrumente mit in Seifenspiritus getränkter Watte tüchtig abgerieben und mit solcher sogleich wieder fest umwickelt. In dieser Hülle bleiben sie auch nach Austrocknung der Watte vollkommen steril und sind *ohne Weiteres zur nächsten Operation* wieder gebrauchsfertig. Auch in der Sprechstunde selbst ist natürlich dies Verfahren am einfachsten, zumal die Instrumente von dem Präparat nicht im mindesten angegriffen werden und letzteres sich durch Geruchlosigkeit auszeichnet. Es ist auch geeignet zur Desinfection von *Bougies*, weichen und metallenen; man reibt unmittelbar vor der Einführung dieselben ihrer ganzen Länge nach kräftig 2 Minuten lang mit einem in Seifenspiritus getränkten Wattebausch und reibt dann 1 Minute mit einem trockenen nach, bis sie sich warm anfühlen, worauf sie sofort eingeführt werden. Das genügt nach den Erfahrungen zur Sterilisierung vollkommen. Bougies nach dem Gebrauch mit Watte zu umwickeln, ist wegen ihrer Länge zu umständlich. Katheter werden freilich so nicht steril gemacht (man legt sie in zum Drittel verdünnte Seifenspirituslösung), wohl aber in dringenden Fällen geburtshilfliche und gynäkologische Instrumente. Die Instrumentensterilisierung mit Seifenspiritus besitzt also vor anderen Methoden folgende Vorzüge:

1. Schnelligkeit der Desinfection.
2. Einfachheit und Bequemlichkeit derselben.
3. Stete Keimfreiheit, daher stete Gebrauchsfertigkeit der Instrumente.
4. Geruchlosigkeit, Billigkeit und Unschädlichkeit.

Was letztere anbetrifft, so hat Autor z. B. bei wenigen Wochen alten Säuglingen mit *diffuser Furunculose* nach Eröffnung der Abscesse Watteumschläge mit unverdünntem Seifenspiritus machen lassen, ohne dass dieselben irgendwie geschadet hätten; sie wirkten nur rasch resorbirend, und nach 3 wöchentlichem Gebrauch, (bei täglicher Erneuerung) war in der Regel der ganze Körper furunkelfrei (ausserdem

Appetit und Allgemeinbefinden sichtlich gehoben). Recht gute, dem Alkohol ebenbürtige Erfolge wurden auch bei *inficirten Wunden, Phlegmonen, Panaritien etc.* erzielt (wobei die bei der Salzwedel'schen Alkoholbehandlung bisweilen auftretenden Schmerzen und oberflächlichen Mumificirungen stets fehlten), wohl einer Wirkung des Seifenspiritus in die Tiefe zufolge, die schon Mikulicz betonte, und die sich auch daraus ergibt, dass sich *Abscesshöhlen*, mit in Seifenspiritus getränkter Watte ausgestopft, nach schneller Sistirung der Eitersecretion, rasch mit wuchernden Granulationen füllen, die den Tampon herausdrängen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1900 Nr. 28.)

- Einen Taschensterilisirapparat, der in möglichst handlicher Form alles zum Sterilisiren der Instrumente Nothwendige sammt kleinem Instrumentarium selbst in sich vereinigt, construirte Dr. Bofinger (Creglingen). Ein Kasten aus Zinkblech*), $17\frac{1}{2}$ cm lang, $9\frac{1}{2}$ cm breit und 4 cm hoch, enthält in einer einfachen, zusammenlegbaren Segeltuchtasche alle auch sonst in Verbandstaschen üblichen Instrumente. Unter ihr befinden sich in einem abgetheilten, leicht herauszunehmenden Rahmen 2 Spiritusbrenner und 1 Flasche für Spiritus mit Schraubenverschluss. In einer Abtheilung lagert ferner 1 Spritze von 2—3 ccm Inhalt für subcutane Injection und Infiltrationsanaesthesia. Es bleibt noch Raum genug für andere Dinge (z. B. Glasröhren mit Pastillen, Seide etc.). Zum Sterilisiren nimmt man den durchlöchernten Rahmen heraus und stellt ihn verkehrt wieder ein, wobei man im strömenden Dampf sterilisiren kann, resp. entfernt ihn ganz, wenn man im Wasser direct auskochen will. Letzteres wird in 5 Minuten siedend. Mit reichem Instrumentarium wiegt das Ganze nur 1 kg.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 15.)

- Ueber Formalindesinfection sprach Vogel. Die Vorzüge des Formaldehyds, vor allem seine energische desinfectirende Kraft und seine Eigenschaft, die Integrität der Desinfectionsobjecte in keiner Weise zu verletzen, sichern ihm zweifellos eine gewisse Ueberlegenheit über die anderen gasförmigen Desinfectientien. Im Hamburger Hygien. Institut wurden alle Verfahren und Apparate auf ihre Verwendbar-

*) Wird mit oder ohne Instrumente geliefert von A. Schweickhardt, Tuttlingen.

Besonders auffällige Wirkung bei jauchigen und gangraenescirenden Flächen: oft schon nach dem 1. Verbandswechsel penetranter Geruch verschwunden, sehr bald Erscheinen schöner Granulationen. Das Präparat hat wohl eine gewisse Wirkung specifischer Art auf Anaëroben. Wichtiger aber ist die mechanische Wirkung: In demselben Momente, wo das Wasserstoffsuperoxyd mit der Wunde in Berührung kommt, entsteht durch Sauerstoffentwicklung eine mächtige Schaumbildung; der feine Schaum reisst das keimbeladene Secret, die Blutgerinnsel, abgestossenen Gewebspartikel u. dgl. mit sich in die Höhe und entfernt sie von der Wunde. Auf diese Weise kommt eine Reinigung der Wunde zustande, wie sie gründlicher und schonender zugleich kaum zu denken ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 19.)

— Nach Bardet entzieht Orthoform mit Jodoform gemischt letzterem einen Theil seines specifischen Geruches.

(Bull. thérap., 23. II. 1900. — Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 16.)

Blutungen. Ueber die Technik der Vaporisation schreibt

Prof. Dührssen (Berlin): „Bei dem Medicin. Waarenhause in Berlin gehen so viele tadelnde Anfragen ein, weswegen ich ein so dickes Vaporisationsrohr für meinen Apparat habe construiren lassen, dass ich den Interessenten an dieser Stelle Rechenschaft hietüber abzulegen mich verpflichtet fühle, obgleich die Betreffenden aus meinen verschiedenen Veröffentlichungen über Vaporisation die Erklärung selbst hätten finden können. In diesen bezeichne ich nämlich die Vaporisation bei malignen Neubildungen der Uterusschleimhaut und bei retinirten Eiresten für contraindicirt und rathe, zwecks Erkennung dieser Störungen vor der Vaporisation, den Uterus mit Laminaria zu dilatiren, auszutasten und event. behufs mikroskopischer Untersuchung der Schleimhaut zu curettiren. Weil ich das Curettement speciell für die Diagnose der Retention kleiner circumscripter Eireste, von fibrösen oder Schleimhautpolypen für unzuverlässig halte, so sehe ich allein in der Erweiterung und digitalen Austastung des Uterus ein sicheres Mittel, um die für die Vaporisation geeigneten und nicht geeigneten Fälle zu erkennen. Hat man nun einen Fall von Blutung, dessen Genese unklar ist, mit Laminaria dilatirt, so bietet dieses Verfahren in jedem Falle ausser der Ermöglichung der Diagnose auch therapeutische Vortheile: Retinirte Ei-

reste lassen sich mit dem Finger oder mit Finger und Curette, die erwähnten Polypen durch Instrumente, welche sie unter Leitung des Fingers fassen, entfernen; die Dilatation verwandelt die dreieckige Corpushöhle in ein cylindrisches Rohr, wodurch eine gleichmässige Einwirkung des Dampfes auf die gesamte Innenfläche erzielt wird. Die Dilatation ermöglicht die Einführung eines weiteren Rohres, welches mehr Dampf zuführt und sich nicht so leicht verstopft, als ein engeres. *Das weite Rohr habe ich aber hauptsächlich gewählt, um einer kritiklosen Vaporisation bei allen möglichen B. vorzubeugen.* Diese Gefahr liegt sehr nahe, wenn das Vaporisationsrohr so dünn ist, dass es ohne vorherige Dilatation in den Uterus eingeführt werden kann. Viele Aerzte, die sich im Besitze eines solchen dünnen Rohres befinden, werden bei älteren Frauen mit B. ohne weiteres die Vaporisation vornehmen oder allenfalls vorher ein Curettement machen, dann aber, wenn die Untersuchung der herausbeförderten Massen eine normale oder einfach entzündete Schleimhaut ergeben hat, sofort vaporisiren. Bei diesem Vorgehen bleiben maligne Neubildungen und, selbst bei Ausführung des Curettements, Eireste und Polypen unentdeckt und die Vaporisation wirkungslos, da es natürlich unmöglich ist, dass die Vaporisation eine schon in der Muskelwand eingedrungene maligne Neubildung durch Nekrose vollständig zerstört. Auch wäre es nur ein Zufall, wenn bei Vorhandensein von kleinen Eiresten und Polypen die Vaporisation eine Nekrose dieser Gebilde erzeugte und hierdurch die B. beseitigte. Die Anwendung der Vaporisation ohne vorherige exacte Diagnose, ein Vorgehen, welches ein dünnes Vaporisationsrohr begünstigt, würde also in vielen Fällen die profusen B. nicht beseitigen, den Zeitpunkt der Uterusexstirpation bei malignen Neubildungen zum Schaden der Kranken hinausschieben und hierdurch die Methode, die zweifelsohne sehr werthvoll ist, bei den Aerzten und beim Publikum in Misscredit bringen. Vielleicht wird mir von den von der diagnostischen Unfehlbarkeit des Curettements überzeugten Aerzten entgegengehalten werden, dass das Curettement ihnen stets eine sichere Diagnose ermöglicht. Ich habe aber so viele Misserfolge des Curettements gerade bei Retention von Eiresten im höheren Lebensalter gesehen, dass ich einer solchen Behauptung wenig Gewicht beilege und derselben Fälle entgegenstelle, wo solche begeisterte Anhänger des Curettements den Uterus ein oder mehrere Male ohne Erfolg ausgeschabt

hatten, und ich nach Laminariadilatation einen kleinen Placentarrest entdeckte und durch seine Entfernung die Blutung prompt beseitigte. Derartige Reste adhären der Uteruswand häufig so fest, dass die Curette sie nur unter Leitung des Fingers zu entfernen vermag — ohne eine solche Leitung erzeugt die Curette gelegentlich eher eine gefährliche Verletzung der abnorm brüchigen Muskelwand, als eine Ablösung des Placentarrestes . . . Bezüglich der *Erfolge der Vaporisation* erwähne ich noch kurz, dass dieselben mich bei rein klimakterischen B. andauernd sehr befriedigen. In schweren Fällen vaporisiere ich die Corpushöhle 8 Minuten lang mit Wasserdampf von 100° C. (im Kessel) und erziele hierdurch in der Regel und ohne irgend welche üblen Complicationen die Obliteration der Corpushöhle. Zugleich bewirkt das Verfahren eine mächtige Involution des entzündeten Uterus. Ich sah einen durch Metritis auf 12 cm Sondenlänge vergrösserten Uterus in $\frac{1}{2}$ Jahr sich auf 6 cm verkleinern und erst nach diesem Zeitraume wieder eine schwache (Menstruations-)Blutung eintreten; die Pat. war wegen äusserst profuser B. 2 mal ohne Erfolg curettirt und mit Jodinjektionen behandelt worden; ausserdem hatte sie eine ganze Apotheke innerer Mittel ohne Erfolg geschluckt.

(Centrallblatt für Gynäkologie 1900 Nr. 5.)

- Ueber den Aderlass im Klimakterium lässt sich Dr. H. Herz (Breslau) aus. Gegen die Beschwerden, welche das Klimakterium, das zur normalen Zeit eintretende sowohl, wie das anticipirte, zahllosen Frauen verursacht, erweisen sich manchmal alle bekannten Mittel als wirkungslos. Es lag nun nahe, den neuerdings wieder auch sonst zu seinem Recht kommenden Aderlass, in dem Zustande, wo die physiologischen B. fortfallen, therapeutisch heranzuziehen. Zu dem Versuch ermunterte auch die vom Autor mehrfach gemachte Beobachtung, dass Frauen, bei welchen wiederholte Hämorrhoidal- oder Nasenblutungen in dieser Zeit auftreten, ihre Beschwerden verloren oder sich wenigstens wohler fühlten. Aber nicht alle Beschwerden solcher Frauen beruhen auf Wegfall der B. Die Involution der Genitalien übt einerseits einen nervösen Reiz aus, sodass von hier reflectorisch die verschiedensten Störungen im Seelenleben, der Haut etc. zu Stande kommen können, andererseits sind wohl auch qualitative Blutveränderungen aetiologisch wirksam. Hier kann natürlich auch der Aderlass nichts aus-

richten. Ein grosser Theil der Beschwerden aber scheint auf der Kreislaufsstörung zu beruhen, welche durch den Fortfall einer normalen Evacuation zu erklären ist; so periodische oder anhaltende Unterleibscongestion, die sich in allerlei Unterleibskoliken (ev. auch Gallensteinkoliken!), atonischen Magenbeschwerden, Dickdarmkatarrh, Meteorismus, Mastdarmblutungen und Proktitis, Leberhyperaemie und Perihepatitis äussert, wohl noch häufiger, zuweilen mit obigen Symptomen abwechselnd, findet sich Congestion nach dem Kopfe: aufsteigende Hitze mit Schweissausbruch, Angstgefühle, Schwindel, Kopfschmerzen, Klopfen der Carotiden und Temporales; ferner Congestionen nach den Halsorganen, mit Hyperaemie und lästigen Rachenparaesthesien; Herzklopfen und Unlustgefühle in der Herzgegend. Für diese Fälle nun eignet sich der Aderlass, vorausgesetzt, dass die Pat. nicht schon deutlich anaemisch sind. Autor hat 3 Fälle so behandelt, davon 2 geheilt, 1 gebessert. Im 1. Falle handelte sich um ein 27jähr. kräftiges Mädchen mit mannigfachen Beschwerden post castrationem. Bereits ca. $\frac{1}{2}$ Jahr erfolglos behandelt. Acute Fettleibigkeit (Zunahme um 23 kg), enorme Wallungen nach dem Kopf mit lebhaftem Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, leichte Leberschwellung mit schmerzhafter, trockener Entzündung des Lebertüberzuges (Reiben bei tiefer Athmung fühl- und hörbar), Darmkoliken, allgemeine Erregbarkeit. Autor versuchte monatelang alle Künste der Suggestion, Bäder, Elektrisiren, Medicamente, — alles umsonst. Zuletzt mässiger Aderlass (175 ccm). Darauf sofort Schwinden fast aller Beschwerden, Pat. fühlt sich so wohl wie nie seit der Castration (Fettleibigkeit, Reiben an der Leber freilich wie vordem), was 4 Wochen anhielt. Dann allmählig wieder Beginn der Kreislaufsstörungen, sodass sich Autor auf Drängen der Pat. schon 7 Wochen nach der ersten zu einer 2. Blutentziehung entschliessen musste. Wieder mehrere Wochen Pause, dann neue Verschlimmerung. Da Autor nicht so oft den Aderlass wagte, gab er die Cur auf, doch blieben die Beschwerden weiter (schon 3 Jahre) geringer, als vor der Cur. 2. Fall: Sonst kräftige, mässig fettleibige Frau (Nullipara) von 37 Jahren, seit 5 Jahren amenorrhöisch. Genitalien etwas infantil, sonst normal. In der Familie Diabetes. Seit den 5 Jahren enorm heftige, 1—2—3 Tage anhaltende angioparalytische Migräneanfälle in Zwischenräumen von 2—3 Wochen. Ausserdem lästiger Meteorismus und Dickdarmkatarrh. Pat. bereits von Autoritäten und

Curpfuschern mannigfach behandelt. Auch Autor versuchte wochenlang allerlei — umsonst. Schliesslich Aderlass von 200 ccm aus der Armvene. Seitdem 6 Monate ganz gesund, dann wieder 1 Anfall. Neuer Aderlass. Seitdem (1½ Jahre) völlig beschwerdefrei, bis auf Neigung zu Meteorismus. 3. Fall: 42jähr. Frau, ca. 1 Jahr, seit Aufhören der B., an Wallungen nach dem Kopf, Angstzuständen und Herzklopfen leidend. Nach 2 Blutentziehungen mit circa 6 Monaten Intervall Beseitigung der Beschwerden.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1900 Nr. 8.)

- B. bei Morbus Basedowii sind selten, abgesehen von dem häufiger zur Beobachtung kommenden Nasenbluten. Dr. S. Popoff (Marienkrankenhaus Moskau) theilt nun 2 Fälle mit, wo B. im Krankheitsbilde einen grossen Raum einnehmen. Die 1. Pat. hatte zum Theil recht heftige *B. aus Uterus, Nase, Lippen, Zahnfleisch* und bekam auch auf der Haut ohne Ursache grosse Blutextravasate. Pathologische Veränderungen fanden sich in den betreffenden Organen nicht. Wichtiger ist der 2. Fall, wo die B. direct den Ausgangspunkt der Diagnose bildeten. Die 27jähr. Patientin klagte über starkes Herzklopfen, Druckgefühl im Halse, Zittern am ganzen Körper, besonders an den Händen, schlechten Schlaf, allgemeine Schwäche, allgemeine Hyperalgesie der Haut, Angstgefühl, *B. aus Uterus, Nase und Kehlkopf*. Der objective Befund war ein sehr geringer, auch Exophthalmus fehlte, und eine Vergrösserung der Schilddrüse, von der Pat. bisher gar nichts bemerkt, konnte erst bei sehr genauem Betasten constatirt werden. Man konnte hier leicht die Diagnose Hysterie + Haemophilie stellen, doch erinnerte sich Autor, schon früher einen Fall von B. bei Basedow'scher Krankheit behandelt zu haben, fahndete infolgedessen auf Symptome der letzteren, die sich dann auch zum Theil vorfanden. Es handelte sich um eine Forme fruste. Manche derartige Pat. werden sicher nur auf ihre localen B. achten und diese ärztlich behandeln lassen, während die Grundkrankheit unerkannt bleibt. *So können B. bei den unentwickelten Formen der Basedow'schen Krankheit bisweilen einen hohen diagnostischen Werth erhalten.*

(Neurolog. Centralblatt 1900 Nr. 8.)

- Die Ursache der Melaena neonatorum suchte bekanntlich Hochsinger in einer *Blutung aus der Nasenhöhle*; das

Blut flosse in den Rachen und bei Rückenlage des Kindes von da in den Verdauungstractus, so dass Darmblutungen die Folge seien. Durch Kenntniss dieser Thatsache konnte Dr. Lahmer (Marschendorf) ein Kind retten. Das Neugeborene, das schon mehrere Stunden, d. h. seit der Geburt, unaufhörlich profus aus dem Darm blutete, war bereits hochgradig anämisch. Autor besichtigte den Rachen und sah einen Streif Blutes, das offenbar aus der Nase kam. In der That war die rechte Nasenhöhle die Quelle der B. Sie wurde mit in *Ferripyrinlösung getauchter Gaze tamponirt*, worauf die Blutung stand. Sehr bald hörten auch die blutigen Darmentleerungen auf, das Kind genas.

(Prager med. Wochenschr. 1900 Nr. 16.)

Erysipel. Ausgedehnte Tuberculose der Bindehaut und Cornea, geheilt durch Auftreten eines Gesichtserysipels sah H. Kuhnt. Bei einer 9jährigen Arbeiterstochter fand sich die Bindehaut des linken unteren Lides im Bereiche des Tarsus und der Uebergangsfalte, sowie die Bindehaut der Sclera in der ganzen temporalen Hälfte in ein grauröthliches Granulationsgewebe verwandelt. Fast über die ganze Cornea zog sich ein pannusartiges Gewebe mit kleinsten grauen Knötchen. Linke Praeauriculardrüse stark geschwollen und in Abscedirung, ebenso Submaxillar- und Sublingualdrüsen. Bakteriologische Untersuchung und Impfversuch ergaben Tuberculose. Ausschabung der Drüsen und Ulcera, Jodoform, Massage mit Jodoformvaseline, kräftige Ernährung, Kreosot und Jodpräparate intern, Bäder etc. — alles erfolglos. Etwa 4 Monate nach Beginn der Behandlung bekam Pat. Erysipelas faciei. Nach Abheilung derselben ergab sich, dass die Bindehaut am linken unteren Lid zwar noch verdickt und trübe, aber völlig glatt und frei von distincten, pathologischen Einlagerungen geworden war. Auch das Geschwür im Bereich der Conjunctiva bulbi geschwunden. Mässiges Symblepharon posterius in der temporalen Hälfte der Fornix. Cornea in toto oberflächlich diffus getrübt, glatt, Pannus tenuis totalis. Mässige schleimige und eitrige Secretion. Strahlige Narbe in der Regio praeauricularis. — Zur Erklärung des Heilprocesses könnte man vermuthen, dass es sich um eine Toxinwirkung handle, um einen Vorgang, ähnlich dem Antagonismus zwischen Erysipelasstreptokokken und Milzbrandbacillen. Es könnte auch daran gedacht werden, dass der mit dem E. sich abspielende Entzündungsprocess an sich so wesentliche Verän-

derungen der Gewebssäfte herbeiführte, dass diese für den Tuberkelbacillus, sei es durch Fern-, sei es durch Allgemeinwirkung den Nährboden abgaben. Für eine Allgemeinwirkung spricht das eclatante Zurückgehen der Schwellungen und das Vernarben der ulcerirenden Drüsen.

(Zeitschrift f. Augenheilkunde Bd. III. Heft 2. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 12.)

- Heilung eines Falles von schwerem Pannus trachomatosus durch ein intercurrentes E. verzeichnete S. Bäck: 22jähr. Mädchen von ausgesprochenem Habitus scrophulosus, wegen Trachom in Behandlung. Hornhäute beider Augen mit einem dichten, sulzigen Pannus bedeckt; in dessen Mitte zahlreiche kleine Geschwürchen. Ausrollung mit der Knapp'schen Pincette, Cuprumstift, Atropin-Cocain brachten nur vorübergehend leichte Besserung. Da stellte sich plötzlich ein E. ein, das am rechten Nasenwinkel begann und bald auf die linke Gesichtshälfte und Schädel übergreif. Als es nach 14 Tagen abgeheilt war, sah man den Pannus beiderseits fast vollkommen (bis auf 1—2 kleine Gefässchen) geschwunden, die dichten Hornhauttrübungen bedeutend aufgehellt. Besserung hat angehalten. Autor führt den curativen Einfluss des E. zurück auf das in den Lymphbahnen kreisende Erysipeltoxin, das wahrscheinlich durch Einleitung regressiver Metamorphosen (Fett)* sich äussert.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Februar 1900. — Ibidem.)

Fracturen und Luxationen. Ueber die Therapie der Patellarfracturen in der Bergmann'schen Klinik (Berlin) macht Coste Mittheilung. Seit 1893 wird daselbst sowohl bei frischen als bei alten F. der Patella *grundsätzlich die Naht der Bruchenden* vorgenommen. Auf 25 Fälle von Verletzung des Streckapparates in der genannten Zeit kamen 21 F., die durch die einfache Knochennaht behandelt wurden. Das Verfahren ist im Wesentlichen folgendes: Längsschnitt etwa 12 cm lang; Eröffnung des Gelenks und Austupfen der Blutgerinnsel; Gegenincisionen an der Innen- und Aussenseite, in welche später Jodoformgazestreifen eingelegt werden; Naht der Bruchenden mit Aluminiumbronce Draht; Gipsverband, der das Becken einschliesst. Am 7. Tage Entfernung der Nähte und Gazestreifen von einem Fenster aus. Der 1. Verband wird nach 21—23 Tagen entfernt, von da ab nur noch hintere Schiene

bis zum 35. Tage, dann Bewegungen und Knieschutzkappe. Von den 21 Pat. trat bei zweien trotz aller Vorsichtsmaassregeln nach der Entlassung ein abermaliger Riss der Bruchenden ein, bei einem konnte zum 2. Mal mit Erfolg die Naht ausgeführt werden. 1 Pat. ging am 40. Tage an Lungenembolie zu Grunde. Von den übrigen 18 sind 14 soweit hergestellt, dass sie ihren Beruf wieder aufnehmen konnten; bei 4 blieb grosse Schwäche und Unsicherheit zurück. Schwere Störungen des Wundverlaufes kamen nicht vor.

(Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 60 Heft 4, —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 8.)

- Paradies spricht über die Resultate, die bei unblutig eingelenkten angeborenen Hüftgelenkluxationen im Krankenhaus Moabit erzielt wurden, und betont zunächst, dass die Gefahren bei der unblutigen Reposition, wie Nervenzerrungen, Gefässzerreissungen, Oberschenkelbrüche etc. sich vollkommen vermeiden lassen, wenn die Pat. frühzeitig zur Behandlung kommen. Das geeignetste Alter für die Operation ist das 2.—6. Lebensjahr. Dies Alter garantiert die besten Aussichten für vollkommene Heilung der Deformität. Definitive Repositionen des Kopfes in die Pfanne sind bis jetzt nur in 10 % der Fälle erreicht worden, und diese gehören alle dem 1½—6. Lebensjahre an. Jenseits dieser Alterstufe erzielt man noch sehr gute functionelle Resultate, welche aber meist nur auf einer Transposition des Kopfes nach vorn beruhen; hierbei findet der Gelenkkopf unterhalb der Spina ant. int. oder neben derselben eine feste Stütze. Autor verzichtet bei der Reposition auf Schraube und Flaschenzug und warnt vor allzu forcirten Repositionsmanövern. Die Reposition, die beim 1. Versuche nur unvollständig gelingt, wird, wenn Pat. 14 Tage in starker Abduction, Extension und Aussenrotation eingegipst war, oft spielend leicht zu Ende geführt. Nach 4 Wochen bringt man das Bein in eine mittlere Abductions- und in eine solche Innenrotationsstellung, dass der mediale Kopfpol aus der Weiche verschwindet und sich dem Pfannenorte gegenüberstellt. Die Gipsbehandlung dauert durchschnittlich 5 Monate. Bei der Nachbehandlung wird besonders Werth gelegt auf Kräftigung der Abductoren und Innenrotatoren. Von 10 einseitigen Luxationen, die vorgestellt werden, weisen 5 vollkommene Heilung auf (Reposition im Alter zwischen 3—6 Jahren); von diesen ist 1 Fall seit 3 Jahren, 2 seit 2 Jahren ohne Verband. Die übrigen

Fälle sind Transpositionen mit sehr gutem functionellen Resultat.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 8. J. 1900. —
Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 10.)

- Eine subacromiale intracapsuläre Humerusluxation demonstriert Dr. A. Bum. Bei dem 10jähr. Knaben ist die rechte Oberextremität erheblich im Wachsthum zurückgeblieben und zeigt auch functionelle Störungen. Pat. kann den Arm activ nur bis zur Horizontalen heben; auch passiv lässt sich die Excursion im Schultergelenke in dieser Ebene, sowie bei der Bewegung nach rückwärts nur um wenige Grade vergrössern. Auch im Ellenbogengelenk active und passive Beweglichkeit eingeschränkt. Die Inspection ergibt zunächst das Fehlen der normalen Schulterwölbung; die Palpation erweist die Abwesenheit des Humeruskopfes an normaler Stelle. Dafür findet sich unterhalb des Acromion eine halbkugelförmige, glatte, harte Hervorwölbung, welche die Rotationen des Humerus mitmacht, — der dislocirte Humeruskopf, der mit dem Pfannenrande und dem Acromion articulirt. Aus der Anamnese geht hervor, dass der Knabe in Schädellage mittelst Forceps geboren wurde und unmittelbar nach der Geburt nebst einer rechtseitigen Facialislähmung, die bald schwand, Unbeweglichkeit des rechten Armes zeigte, die trotz langjähriger Behandlung sich nur langsam besserte. Man hat es hier daher mit einer *traumatischen, intra partum erzeugten Armlähmung* zu thun, als deren Folge die *Humerusluxation* und die ausserdem vorhandene *Subluxation beider Vorderarmknochen im rechten Ellenbogengelenk nach vorn* aufzufassen ist. Beide Luxationen sind wohl durch Ueberwiegen einzelner, nicht gelähmter Muskelgruppen gegenüber gelähmten Muskeln, d. h. als „*paralytische*“, secundäre aufzufassen. Der Fall zeigt, wie vorsichtig man in der Deutung von Luxationen sein muss, die auf den ersten Blick als *angeborene* imponiren. Bekanntlich gehören angeborene Humerusluxationen zu den grössten Seltenheiten (kaum 9 Fälle bisher), und noch seltener sind angeborene Luxationen beider Vorderarmknochen im Ellenbogengelenk.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 18. V. 1900. —
Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 21.)

- Einen Fall von Plantarluxation des Nagelgliedes der rechten grossen Zehe, wie er zu den grössten Selten-

heiten gehört, beschreibt Dr. A. Scholl (Berlin): Es consultirte ihn ein 33jähr. Kistenfabrikant mit der Angabe, er hätte $\frac{1}{4}$ Stunde zuvor eine Wagenladung langer Holzbohlen besichtigen wollen und zu dem Zwecke den Wagen bestiegen. Während er sich nun ein wenig bückte, um ein Brett genauer zu betrachten, wäre er gestrauchelt und mit dem Kopfe vorauf rücklings zur Erde gestürzt, sodass die rechte Hälfte des Hinterkopfes auf den Boden aufschlug, dabei wäre seine rechte, im Stiefel steckende Fussspitze zwischen 2 Bohlen eingeklemmt worden. Speciellere Angaben konnte Pat. nicht machen, da der Vorfall sich sehr schnell abgespielt hatte und durch den Fall eine, wenn auch nur kurze Zeit dauernde, Benommenheit eingetreten war; jedoch stellte er entschieden in Abrede, einen Schlag von einem niederfallenden Brette oder dgl. auf die Fussspitze erhalten zu haben. Nachdem er sich aufgerichtet, bemerkte er, dass er mit dem rechten Fusse nur unter grossen Schmerzen auftreten konnte. Die Untersuchung ergab, abgesehen von einer unbedeutenden Quetschung der 2. Zehe, an der grossen Zehe folgendes Bild: Zehe im Ganzen leicht geschwollen und gegenüber dem gesunden linken Hallux etwas verkürzt. An der Dorsalseite des Interphalangealgelenkes eine tiefe Grube, dementsprechend an der Plantarfläche eine erhebliche Vorwölbung; daher das ganze Glied von Bajonnettform, doch verliefen die Längsachsen der gegeneinander verschobenen Phalangen (deren Gelenkflächen deutlich abzutasten waren) nicht parallel, sondern bildeten einen nach oben offenen stumpfen Winkel, die Spitze des Nagelgliedes war also etwas nach aufwärts gerichtet. Dagegen keine Verschiebung in seitlicher Richtung und dadurch etwa bedingte Verbreiterung in der Gegend des Zwischenzehengelenks. Keine Crepitation, kein Bruchschmerz, Haut intact. Es konnte sich nur um jene so seltsame Luxation handeln, bewirkt durch *indirecte Gewalt*, nämlich *durch den plötzlich wirkenden Zug des Körpergewichts an der mit ihrem Nagelgliede festgeklebten Zehe in proximaler Richtung und gleichzeitig nach abwärts*, wobei wesentlich die starke Flexion und Distraction eine Rolle spielten. Die zum Zustandekommen der Luxation nothwendige secundäre Bewegung hat dann jedenfalls in einer Extension bestanden, wie sie beim plötzlichen Nachlassen des Zuges leicht eintreten konnte. Begünstigt, wahrscheinlich überhaupt erst ermöglicht wurde dieser Modus durch ungewöhnliche Länge und Schmalheit der Zehe. Auffallender Weise gewährte der Stiefel keinen Schutz,

sondern riss vollständig. Die Reposition gelang durch mässigen Zug an der luxirten Phalanx und gleichzeitigem Druck auf das verrenkte Gelenkende von unten her nach distalwärts und oben leicht. Nach mehreren Tagen bewegte Pat. das Nagelglied wieder activ, nach 8 Tagen ging er, nach 14 Tagen war er ganz geheilt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 13.)

Hyperidrosis. Formalinalkohol gegen die Nachtschweisse

der Phthisiker empfiehlt auf Grund seiner im Krankenhaus Moabit (Prof. Goldscheider) gemachten reichen Erfahrungen Dr. H. Hirschfeld. Man muss dabei nur die *üblen Nebenwirkungen auf die Athmungsorgane* auszuschalten suchen. Autor verfährt folgendermaassen: Er benützt eine Mischung von Formalin mit absolutem Alkohol aa, die er mit einem weichen Borstenpinsel oder auch mit Watte auf die schwitzenden Parthieen der Haut aufträgt. Unter keinen Umständen darf der Pat. gänzlich unbekleidet sein, da dann die von der warmen Haut aufsteigenden Formaldehyddämpfe in unangenehmster Weise Augen und Athmungsorgane belästigen können. Pat. muss also mindestens ein Hemd anhaben, das während der Pinselung über den Kopf zurückgeschlagen wird. Ferner bedient sich Autor zum Schutz für den Pat. noch eines mit Gummi präparirten Stoffes „Para double“, der in Verbandgeschäften zu haben ist. Ein etwa 1 qm grosses Stück davon wird dem Pat., der nur mit Hemd bekleidet im Bette sitzt, in der Weise um den Hals mit einem gewöhnlichen Tuche dicht anschliessend befestigt, dass Vorder- und Seitenfläche des Rumpfes, sowie der oberste Theil des Rückens davon bedeckt werden. Man pinselt nun zunächst den Rücken, indem man Hemd und Gummistoff ein wenig lüftet; danach legt sich der Pat. auf den Rücken, worauf man Gummistoff und Hemd über den Kopf zurücklegt und Brust und Bauch pinselt. Dann wird Hemd und Gummistoff wieder zurückgeschlagen und Pat. deckt sich mit der Bettdecke zu, 1 Stunde liegen bleibend, worauf erst der Gummistoff entfernt wird. Autor hat 100 Phthisiker so behandelt und *keinen Misserfolg* gehabt. Bei mehreren Pat. genügte eine 1 malige Pinselung, um die H. für viele Wochen zu beseitigen. In anderen musste die Procedur öfter vorgenommen werden, da die Schweisse, wenn auch in geringerem Grade, wiederkehrten, und zwar je nachdem alle 4, 3, 2 Wochen, seltener alle 8 Tage. In manchen besonders hartnäckigen Fällen genügt überhaupt 1 malige Pinselung

nicht, man muss sofort noch ein 2. und 3. Mal pinseln. Bisher tritt dann leichte Abschilferung der Haut ein. 3 mal sah Autor üble Nebenwirkungen, (1 mal Urticaria, 2 mal leichte Erosionen). Er pinselt jetzt stets Brust, Bauch und Rücken in einer Sitzung, am anderen Tage Arme und Beine, falls diese Theile schwitzen. Am Kopf drückt er ein mit Formalinalkohol getränktes Stück Watte gut aus und reibt damit die schwitzenden Theile, das sind meist nur die Grenzen der behaarten und unbehaarten Kopfhaut vorn an der Stirn und hinten im Nacken. Formalin ist freilich kein gleichgültiger Körper; wunde Stellen, ferner Brustwarzen, Nabel, Genitalien, Anus sind vor dem Contact zu bewahren. Ein ganz leichtes Brennen tritt nach jeder Pinselung ein; ist es heftiger, so nehme man vom Formalin weniger. Nie darf man das Mittel dem Pat. selbst überlassen! Sonst aber ist es sehr empfehlenswerth wegen der alle anderen Mittel an Sicherheit übertreffenden prompten Wirkung und deren langer Dauer, die eine seltene Application gewährleistet. — Auch Senator kann bestätigen, dass das Verfahren prompt wirkt. Die eingepinselten Stellen haben bei seinem Pat., wenn auch nicht wochen-, so doch tagelang nicht mehr geschwitzt, und wenn man eine Stelle nach der anderen bepinselt, kann man die Pat. tagelang schweissfrei erhalten.

(Berliner medic. Gesellschaft, 21. III. 1900, —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 15.)

— Seit Jahren reibt Dr. O. Kohnstamm (Königstein i. Taunus) das Heusner'sche Mittel gegen Fusschweiss bei H. der Phthisiker mit bestem Erfolge ein (natürlich am Körper, soweit derselbe schwitzt):

Rp. Balsam. peruv. 1,0
Acid. formic. 5,0
Acid. trichloracet. 1,0
Chloral. hydrat. 5,0
Alcohol. absol. 100,0

Auch bei H. bei *Morbus Basedowii* ist die Wirkung prompt.

(Die Therapie der Gegenwart 1900, Mai.)

Heus. Die Behandlung des I. mit hohen Atropingaben ist, wie wir bereits mittheilten, in letzter Zeit vielfach mit Glück durchgeführt worden. Auch Oberamtswundarzt Dr. Kohlhaas berichtet jetzt über einen so behandelten Fall: Es handelte sich um einen 70 jähr., ziemlich kraftlosen Mann

mit starken arteriosklerotischen Veränderungen, bei welchem sich acut und ohne ersichtliche Ursache alle Erscheinungen eines völligen Darmverschlusses nebst raschem Verfall der Kräfte eingestellt hatten. Kein Bruch oder sonstiger chirurgischer Angriffspunkt. Laparotomie bei dem schlechten Allgemeinzustande aussichtslos. Hohe Eingiessungen in Knieellenbogenlage ganz erfolglos gemacht. Pat. erhielt nun *in 12 Stunden 3 mal 1,6 mg Atropin*, (also jedesmal mehr als das $1\frac{1}{2}$ fache der Maximaldosis!). Erstaunlicher Erfolg! Schon nach der 2. Gabe fühlte sich Pat. erleichtert durch „Nachlassen der Spannung“, nach der 3. Gabe eine Gasexplosion, bald darauf Entleerung breiiger Massen (ohne besonderes Aussehen). Von da ab erholte sich Pat. rasch und genas bald. Welcher Art hier der Darmverschluss gewesen sein mag, war nicht zu eruiren. Einfache Koprostase sicherlich nicht, denn Form und Menge der Ausleerungen entsprach dem nicht. Wahrscheinlich lag eine *functionelle Störung der Darmperistaltik durch spastische Zustände* vor, wobei ja die Wirkung des Atropins leicht erklärlich wäre. Von anderen Ursachen des I. käme für diese Therapie noch die Intussusception in Betracht. Da das eingestülpte Stück zweifellos einen mächtigen Reiz auf das einhüllende ausübt, dieses zum Krampf anregt und ersteres dadurch immer mehr festgehalten wird, so kann sehr wohl durch das Atropin das einhüllende Stück gelähmt und dadurch das andere losgelassen werden. Bei Achsendrehung oder Einklemmung dürfte man aber mit Atropin kaum etwas ausrichten.

(Württemberg. Medicin. Correspondenz-Blatt 1900 Nr. 13.)

Nephritis. Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf acute und chron. Processe des Nierenparenchyms lässt sich Prof. Israel (Berlin) auf Grund seiner reichen Erfahrungen aus. Es handelt sich vor allem um einen Fall von mehrtägiger Anurie infolge einer peracuten Entzündung der linken Niere, nachdem die rechte 8 Monate früher wegen Tuberculose extirpiert wurde. Nach dieser Exstirpation erholte sich Pat. sehr rasch und nahm 10 Pfd. zu, erkrankte aber 8 Monate später an heftigen Nierenkoliken, Erbrechen, Aufstossen und daran sich anschliessender Anurie. Die Vermuthungsdiagnose lautete auf acuteste N. oder Stein. Da die Anurie 3 Tage dauerte und Pat. ohne chirurg. Hülfe verloren zu sein schien, wurde die Niere freigelegt und durch den Sectionsschnitt bis in das Nierenbecken gespalten;

ein Stein war weder im Becken, noch im Ureter, hingegen fand sich starke Vergrösserung der Niere, an der Schnittfläche eine grosse Zahl miliarer Abscesschen. Tamponade der Schnittflächen. 24 Stunden post oper. Verband mit Urin durchtränkt, die Secretion nahm zu, am 12. Tage per vias naturales, 3 Monate später wird der ganze Urin (1800 cem) normal entleert. Nach Israel war *Ursache der Aurie die acuteste N. mit der daraus resultirenden Hyperämie und dem hohen Druck*, der so hoch war, dass er zur *Compression der Venen*, zu *Gewebsödem* und schliesslich zur *Sistierung jeder Secretion* führte. Diese hohe Spannung war auch die Ursache der kolikartigen Schmerzen. So war auch der therapeutische Erfolg leicht zu erklären: Durch den Sectionsschnitt Entspannung der Niere, Circulation und damit Secretion kamen wieder in Gang. — In seiner Arbeit sucht Autor dann noch den Beweis dafür zu erbringen, dass *viele Fälle von einseitiger Nierenblutung* (denen man bisher keinen pathologischen Process zu Grunde legen konnte, und welche daher „*Néphralgie hématurique*“ oder „*angioneurotische Nierenblutung*“ benannt wurden) *auf N. beruhen*, welche oft beiderseitig ist, obwohl Kolik und Blutung sich nur einseitig geltend machen. Autor bietet 14 Krankengeschichten zum Beweis. Durch den *Sectionsschnitt* wurden nicht nur Besserungen, sondern selbst *radicale Heilungen* erzielt: von den 14 Fällen starben 3 (schwere beiderseitige N.), 6 sind dauernd geheilt, 3 bekamen nach längerer Zeit Recidive der Schmerzen (aber sehr leichte!), 2 Operationen waren ohne Einfluss auf das Leiden. So hofft Autor, dass diesem Eingriff bei gewissen Formen von acuter und chronischer N. eine grosse Zukunft bevorsteht.

(Mittheil. aus den Grenzgebieten f. Medicin u. Chirurgie Bd. V. Heft 3. — Wiener medic. Presse 1900 Nr. 3.)

- Ein Fall von 2jähriger unilateraler Nierenblutung, den Dr. Hofbauer (Wien, Klinik Neusser) beschreibt, scheint in die von Israel hervorgehobene Gruppe zu gehören. 15jähr. Pat. litt seit 2 Jahren an der Blutung, ohne dass eine genaue Diagnose zu stellen war; sie wurde zur Operation an eine chirurg. Klinik gebracht. Der ursprüngliche Operationsplan, durch einen Sectionsschnitt die Niere zu eröffnen, konnte nicht ausgeführt werden, weil die Gefässe rissen. Daher Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung der blass erscheinenden Niere ergab *chron. Glomerulonephritis*. Wenn diese auch an sich allein wohl

nicht die Blutung erzeugte, so glaubt Autor doch im Anschluss an jene 14 Fälle, dass es sich nicht um eine „Haematuria sine materia“ handelte, sondern dass eben doch ein Zusammenhang mit der N. maassgebend war.

(Ibidem.)

- Ueber N. bei Varicellen berichtet Dr. H. Haenel (Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichsstadt). Während einer Varicellenepidemie in der Keuchhustenabtheilung kam folgender Fall vor: 1jähr. Kind, Keuchhusten nur noch in Resten vorhanden; während desselben waren 2 mal rasch vorübergehende leichte Fiebersteigerungen aufgetreten, für die eine leichte Bronchitis resp. bronchopneumonische Verdichtung der Lunge verantwortlich gemacht wurde. Plötzlich jetzt hohes Fieber (40°) ohne nachweisbare Ursache. Am 2. Tage gelang es, Urin aufzufangen; darin Eiweiss 4—5 $\frac{0}{100}$, hyaline und gekörnte Cylinder und weisse Blutkörperchen. Fieber als Continua 7 Tage, dabei Allgemeinbefinden wenig gestört, die anderen Organe dauernd intact, keine Oedeme. Am 8. Tage ziemlich steiler Abfall der Temperatur, die am 10. wieder etwas anstieg, wobei ein einzelnes mit leicht getrübbtem Serum gefülltes Bläschen sich zeigte. Letzteres sah wohl nicht ganz typisch aus, musste aber doch als Varicelle angesprochen werden, als 2 Tage später noch einige wenige, im Ganzen 5 Efflorescenzen in ganz charakteristischer Form sich zeigten, die bald in der üblichen Weise eintrockneten. Der Eiweissgehalt des Urins war allmählig gesunken, vom 10. oder 12. Tage Eiweiss überhaupt nicht mehr nachweisbar und kehrte auch nicht mehr wieder. — Auf die anfangs unerklärliche N. fiel etwas Licht, als die Varicellen sich entwickelten. Es kommt ja zwar gerade bei Kindern auch primäre infectiöse N. vor mit ähnlichem Fieverlaufe, und es läge die Möglichkeit vor, in der vorhergehenden Lungenaffection vielleicht eine Eingangspforte für die etwaigen Mikroorganismen zu suchen; doch ist diese primäre N. bezüglich ihrer Aetiologie noch eine ziemlich unklare Krankheitsform, und von einer Infection durch die Luftwege wird nirgends etwas erwähnt. Andererseits ist hier der zeitliche Zusammenhang zwischen N. und Exanthem ein so enger, dass hier wohl die Klärung des Falles zu suchen ist. Henoch war der Erste, der die N. varicellosa beobachtete und seitdem sind etwa 30 Fälle beschrieben worden; die N. stellte sich gewöhnlich 4—6—12 Tage nach Verschwinden des Exanthems ein (einfache

Albuminurie, ohne die Zeichen einer wirklichen N., soll sich sogar in $\frac{1}{5}$ aller Fälle finden), verlief im Allgemeinen milde, mit geringem oder gar keinem Fieber, mässiger Störung des Allgemeinbefindens; nur selten Oedeme, Urämie, tödtlicher Ausgang. Das Ungewöhnliche bei obigem Falle war das *Auftreten der N. vor Ausbruch des Exanthems, gewissermaassen als Prodromalerscheinung*. Bekanntlich verläuft das Prodromalstadium bei Varicellen gewöhnlich sehr kurz und mild. Nach Jürgensen treten selten, meist nur in schweren Fällen, als Prodrome Intoxicationerscheinungen auf; so sah Kassowitz einen Fall, der 2 Tage vor dem Exanthem heftiges Fieber, Convulsionen, Bewusstlosigkeit darbot; Demme betrachtete prodromal blutige Diarrhöen. Jürgensen sagt auch: „Noch seltener ist die im späteren Verlauf sich hin und wieder zeigende N., deren Entstehungsursache nur wie bei Scharlach und Masern auf ein Gift zurückgeführt werden kann.“ Hier nimmt Haenel eine vicariirende N. an, indem das krankmachende Agens der Varicellen sich statt auf der Haut zum grössten Theile in den Nieren localisirte und dann das Exanthem ein ganz abortives (nur 5 Efflorescenzen!) war. Das Gift hatte sich gewissermaassen schon in den Nieren erschöpft und hatte nicht mehr die Kraft zu einem regulären Exanthem. Es giebt ja auch z. B. bei Scharlach Abortivformen, *Scarlatina sine exanthemate, sine angina etc.*, auch tritt N. bei Scharlach nicht nur als Nachkrankheit auf, sondern, freilich selten, als Frühform. Ferner sagt Leichtenstern: „Der sogen. acute genuine Morbus Brightii ist häufig die Abortivform diverser Infectionskrankheiten, deren Gift bei der Ausscheidung durch die Nieren acute N. hervorruft . . . Darunter würde Scharlach obenan stehen.“ Also kann Scharlach sich auch bloss als N. äussern, und eine *vicariirende Varicellen-Nephritis* wäre ebenfalls erklärlich. Der Fall gewann noch an Klarheit, als die weitere Epidemie eine Neigung zu Nierenaffectionen offenbarte. Bald nachdem obiges Kind gesund war, erkrankte ein anderes an Varicellen in ziemlich schwerer Form, und 7 Tage nach der Entfieberung stellte sich unter hohem Fieber eine hämorrhagische N. ein. Ein 3. Kind zeigte einige Zeit nach Eintrocknen der Efflorescenzen ein paar Tage lang Eiweiss im Harn. Von 6 Fällen von Varicellen boten also 3 Complicationen von Seiten der Nieren dar! Auch das spricht wohl dafür, dass die N. im 1. Falle in Beziehungen zu den Varicellen stand.

Paralysen. Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Polio-myelitis anter. acuta adultorum auf infectiöser Grundlage macht Dr. Karl Gumpertz (Berlin) Mittheilung: Ein 23 jähr., sehr kräftiger Kaufmann, bisher stets gesund, trat in ärztliche Behandlung mit Klagen über Uebelkeit, Fieber, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Er suchte Rath vornehmlich, weil einer seiner Bureaucollegen zu derselben Zeit am Typhus erkrankt war. Pat. soll 38,0° Temperatur gehabt haben, erbrach 2 Tage, besserte sich aber und ging wieder ins Geschäft. 4 Tage später stürzte er auf der Treppe zusammen und konnte nicht laufen; gleichzeitig trat Lähmung des linken Armes auf. Kurz darauf wurde Autor consultirt. Herculisches gebauter Pat., fieberfrei, freies Sensorium, Kopf und Hals völlig beweglich. Linker Arm hing schlaff herunter; Vorderarm wurde in mittlerer Streckstellung gehalten und stets unterstützt, Hand befand sich in mittlerer Pronationsstellung. Pat. vermochte den Arm nicht zu erheben, den Vorderarm nicht zu biegen, die Hand nicht zu supiniren. Linkes Bein paretisch, Oberschenkel schlaff, Unterschenkel ein wenig steif. An der linken Hinterbacke ein grosser Furunkel. Kniereflex fehlte links gänzlich, rechts normal. Fehlen jeglicher faradischer Erregbarkeit im linken M. deltoideus. Nirgends Sensibilitätsstörungen. Einige Tage später 2. Untersuchung: Vom Erb'schen Supraclaviculärpunkte war links keine Reaction zu erhalten. Die Mm. deltoideus, biceps und supinator long. zeigten Verlust der faradischen Erregbarkeit; galvanisch reagirten sie bei sehr viel höheren Stromstärken als rechts, ohne deutlich ausgesprochene Zuckungsträgheit. Erregbarkeit des linken N. cruralis schien herabgesetzt. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Beeinträchtigung der Blasen- und Mastdarmfunctionen. Behandlung mit Galvanisation des Rückenmarks und Galvanomassage der gelähmten Muskeln. Autor sah den Pat. 6 Wochen später wieder und fand deutliche Abflachung der Schulterwölbung links. Dagegen konnte der Arm bereits im Ellenbogengelenk gebeugt, auch die Hand in Beugestellung supinirt werden. Linkes Bein um 2 cm schwächer als das rechte; Pat. konnte gehen, aber nicht Treppen steigen. Patellarreflex links noch nicht anlösbar, Bauchreflexe beiderseits gleich. Elektrische Prüfung ergab links Unerregbarkeit des Erb'schen Punktes; im Deltoideus und Biceps ausgesprochene Zuckungsträgheit (KSZ = ASZ); nur von der innersten Portion des M. deltoideus konnte eine minimale faradische Reaction erzielt werden. Furunkel abgeheilt,

jedoch neuer auf der rechten Hinterbacke. Patellarreflex nunmehr auch links auslösbar, allerdings schwächer als rechts. Wie Autor erfährt, läuft Pat. jetzt besser, steigt auch Treppen, erlahmt aber bald. Während die Atrophie und EaR im Deltoides bestehen blieb, reagiert der M. biceps fast normal. Im Urin nie Eiweiss oder Zucker. — Also zusammengefasst: Ein gesunder, kräftiger junger Mann bekommt im Anschlusse an ein gastrisches Fieber plötzlich eine einseitige schlaffe Lähmung des oberen Theiles des Plexus brachialis (Mm. deltoideus, biceps, brachialis intern., supinator long.), sowie Parese des Beines derselben Seite mit Verlust des Kniephänomens. Die Lähmung hat den Charakter einer degenerativ-atrophischen, bessert sich aber allmählig, mit Ausnahme des M. deltoideus. Differentialdiagnostisch kann nur multiple Neuritis oder eine halbseitige acute Rückenmarksaffectio in Frage kommen. Gegen erstere spricht das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, Schmerzen und von anfangs gesteigerter galvanischer Erregbarkeit, sowie der Umstand, dass die Lähmung gleich zu Anfang ihre höchste Ausbreitung erreicht hatte. Eine Rückenmarksbloodung würde wohl das plötzliche Einsetzen der Lähmung erklären; indessen hätte eine Blutung schwerlich ein der Länge nach so ausgedehntes Gebiet ergriffen, dabei verschiedene Zellterritorien übersprungen und die sensiblen und Reflexcentren gänzlich verschont. Es bleibt also nur eine acute Poliomyelitis anter. übrig, einer der bei Erwachsenen selten so reinen Fälle, welcher mit seinen Vorboten und seinem Verlaufe lebhaft an die acute Spinallähmung der Kinder erinnert. Ganz ungewöhnlich ist die hemiplegische Form. Aetiologisch kommt hier Anstrengung, Erkältung etc. nicht in Frage. Die Ursache des Leidens ist wahrscheinlich Infection mit Typhusgift. Es muss überraschen, dass diese Infection die analogen Zellen der rechten Rückenmarkshälfte nicht merklich ergriff. Nun bestand ja links neben der Wirbelsäule ein mächtiger Furunkel; vielleicht dass von diesem, bacilläres Material bergenden Herde auf embolischem oder metastatischem Wege etwas zu den Zellen der entsprechenden Rückenmarkshälfte gelangte und hier einen Locus minoris resistentiae schuf.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 16.)

— Einen Fall isolirter Lähmung des N. suprascapularis beschreibt Dr A. Hoffmann (Medic. Universitätsklinik Halle): 22jähr. Knecht, am 16. II. d. J. aufgenommen. Immer

gesund gewesen. August v. J. fiel er von einem hochbeladenen Erntewagen rücklings in der Weise herab, dass mehrere Garben, auf denen er lag, herabglitten, und er mit ihnen. Er schlug mit dem Kopfe, Nacken und der linken Schulter auf und verspürte dabei ein Knacken in der Gegend des linken Akromion und oberen Schulterblattes. Ausser mässigem Schmerze in dieser Gegend bei Heben des Armes, der 3. Wochen anhielt, keine Folgen. Nahm nach 2 Tagen die Arbeit wieder auf. Erst 3 Wochen später bemerkte er eine Schwäche beim Heben des l. Armes, die nun immer mehr zunahm. Status praesens: Mittelhocher Mann von äusserst kräftigem Körperbau und gesundem Aussehen. Innere Organe normal. Narben und dgl. nicht sichtbar. Betrachtet man den Pat. von vorne, so fällt keine Differenz in der Form der Schultern und Oberarme beiderseits auf, ebenso zeigt sich hinten kein Unterschied in der Schultergegend. Wirbelsäule verläuft gerade, Stellung der Schulterblätter und ihre Entfernung von der Mittellinie beiderseits dieselbe. Dagegen fällt sofort eine beträchtliche Abflachung der l. Schulterblattpartie auf. Während rechts die normale Rundung des Rückens an dieser Stelle vorhanden ist, besteht links von der Spina scapulae an eine flache Vertiefung von der Grösse der Portio infrapinata des Schulterblattes. Man fühlt hier nur wenig von einem der Scapula aufliegenden Muskel. Oberhalb der Spina scapulae keine Differenz gegen rechts. Haut überall unverändert, Tastempfindung in einer annähernd dreieckigen, dem Muskeldefect entsprechenden Zone herabgesetzt. Alle Bewegungen der Arme und Schultern werden beiderseits ohne sichtbare Störungen ausgeführt, nur giebt Pat. an, beim Heben des l. Armes und bei seiner Rotation nach aussen das Gefühl der Schwäche zu haben. Leistet man dem Heben der Arme in frontaler und sagittaler Richtung Widerstand, so bemerkt man, wie diese Bewegungen links mit etwas geringerer Kraft ausgeführt werden. Am deutlichsten kommt der Unterschied zur Geltung, wenn man die Kraft der Rotationsbewegung nach aussen beiderseits vergleicht. Während es rechts kaum gelingt, den nach auswärts rotirt gehaltenen Arm nach einwärts zu drehen, ist dies links mit mässiger Kraftanstrengung möglich. Es fehlen Schmerzen, schmerzhaft Druckpunkte. Elektrische Prüfung ergibt complete Entartungsreaction des atrophischen M. infrapinatus. Vom Nerven aus ist der Muskel weder faradisch, noch galvanisch erregbar, die directe Erregbarkeit des Muskels ist selbst für den stärksten faradischen Strom er-

loschen, für den galvanischen ist sie in der Weise verändert, dass sie geringer ist wie rechts, die Zuckungen träge erfolgen, ASZ vor der KSZ eintritt und $ASZ < KSZ$ ist. Prüfung des von dem M. cucullaris überlagerten M. supraspinatus nicht möglich. Alle anderen Muskeln von Rücken, Schultern, Armen zeigen normale elektrische Erregbarkeit. Behandlung mit Elektrizität, Massage, Einreibungen. Nach wenigen Tagen verschwand die Sensibilitätsstörung, im Uebrigen blieb der Zustand derselbe. — Es handelte sich also um Lähmung des die Mm. supra- und infraspinat. versorgenden N. suprascapularis, wie sie bisher nur 6 mal beschrieben ist. Aetiologisch waren dabei 2 mal Traumen (Druck schwerer, auf der Schulter getragener Packete, Sturz auf die Hand mit Erschütterung des Schultergelenks) massgebend, 1 mal Ueberanstrengung, 1 mal hohe Temperaturdifferenzen, die eine Neuritis im Gefolge hatten, 1 mal eine vorausgegangene Neuritis des Plexus brachialis. In obigem Fall war zweifellos der Sturz Ursache des Leidens, wahrscheinlich durch Compression des Nervengeflechts. Das *Hauptsymptom* bei dieser Lähmung ist die *muldenförmige Abflachung der Untergrätengrube*, die Folge der Atrophie des M. infraspinatus, während eine Atrophie des M. supraspinatus wegen des ihn bedeckenden Cucullaris schwer oder gar nicht zu erkennen ist. Daneben machen sich natürlich gewisse *Bewegungsstörungen* geltend, die indessen nicht immer gleichgradig sind, da andere Muskeln für die erkrankten in Function treten. Mm. supra- und infraspinatus haben ja die Aufgabe, den Arm nach auswärts zu rollen, wobei sie vom Teres minor und dem hinteren Bündel des Deltoidea unterstützt werden. Deshalb klagte obiger Pat., wenn er auch die Aussenrotation ebenso ausgiebig wie rechts ausführte, über Schwächegefühl und die Nothwendigkeit einer grösseren Kraftanstrengung, was ihm besonders beim Mähen auffalle. Der M. supraspinat. hat noch die Aufgabe, den Kopf des Oberarmes an die Cavitas glenoidalis des Schulterblattes zu fixiren, und seine Lähmung macht sich daher in einer Entspannung der Kapsel und einem Tiefstande des Oberarmkopfes geltend. Die hiermit verbundene Funktionsstörung, ein sehr erschwertes Heben des Armes in sagittaler Richtung bis zur Verticalen, kam auch bei einzelnen Fällen zum Ausdruck, bei obigem Pat. war nur subjectives Schwächegefühl und mässige Abnahme der Kraft zu constatiren, indem wahrscheinlich die Festigkeit der Gelenkkapsel genigte, um den Ausfall ihres Spanners

zu verdecken. Andererseits erklärt das Fehlen dieser Subluxation auch das Fehlen einer Differenz im Stande der Schulterblätter, die in einzelnen Fällen vorhanden war. Prognose bei der Schwere der Atrophie schlecht, Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit z. B. für einen Knecht keine unbedeutende.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 16.)

- Zur Verhütung der secundären Contractur bei Hemiplegie empfiehlt Prof. Geigel (Würzburg) *passive Dehnungen*. Spätestens 14 Tage nach dem Schlaganfall muss damit begonnen werden, täglich 2 Mal für 5—10 Minuten auf der gelähmten Seite den Oberarm möglichst weit zu abduciren, Unterarm, Hand, Finger zu strecken, letztere zu spreizen, den Daumen zu abduciren, den Unterschenkel zu strecken, Dorsalflexion von Fuss und Zehen mit Heben des äusseren Fussrandes auszuführen. Das muss monatelang mit der grössten Ausdauer durchgeführt werden, da jedes Versäumniss irreparable Verschlechterung bedingen kann.

(Die ärztliche Praxis 1900 Nr. 8.)

Perityphlitis. 3 Fälle von P. traumatica beschreibt Dr. H. Schottmüller (Hamburg, Allg. Krankenhaus St. Georg) 2 mal handelte es sich um anscheinend gesunde Jungen, von denen nur der eine früher Scharlach gehabt. Der eine rannte in eine Wagendeichsel, der andere erhielt von einem Spielgenossen 2 Fusstritte gegen den Leib. Bei beiden nach kurzer Zeit Erbrechen, starke Leibschmerzen. Aufnahme 2—3 Tage später. Bei dem einen Pat. wurde ein Abscess unter dem Zwerchfell, ausgehend von einem Riss des Zwölffingerdarms, angenommen, bei dem anderen eine allgemeine Peritonitis im Anschluss an Darmriss. Beide Male ergab die Section alte Entzündungsvorgänge im Wurmfortsatz, welcher je einen Kothstein enthielt, und dessen Wand brandig abgestorben war; von ihm aus hatten sich dann Eiterungsvorgänge über das Bauchfell verbreitet. Im 3. Fall bestand die Verletzung nur in einem Sprung beim Turnen; Verlauf ähnlich. Die eigentliche Entzündung des Wurmfortsatzes war also bei allen 3 Pat. lange vorhanden. Von Kothsteinen aus hatten sich Geschwüre der Wandung gebildet. Aber während sich bei ungestörtem Verlauf schützende Verklebungen und Schwarten in der Umgebung hätten bilden können, ehe die Darmwand ganz durchfressen war, hat die Verletzung der Krankheit eine plötzliche, un-

heilvolle Wendung gegeben. Durch den plötzlichen Ruck, vielleicht auch durch unmittelbaren Stoss auf die Stelle des Steins ist die verdünnte Darmwand eingerissen, und der eitrige Inhalt ergoss sich in die Bauchhöhle. In solchen Fällen kann nur sofortiges chirurgisches Eingreifen helfen, wenn überhaupt noch zu helfen ist. Zur rechtzeitigen Erkennung der Situation ist Probepunction sehr empfehlenswerth.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie IV. 1/2.)

- Die Entscheidung in Entschädigungs- und Straffällen bei P. traumatica ist bei der Seltenheit der Affection und ihrer unklaren Deutung noch eine recht schwierige. Die vorhandene Literatur ergänzt jetzt Prof. Dr. Fürbringer (Berlin) durch 4 neue Fälle. Bei 3 derselben konnte der Zusammenhang der P. mit dem erlittenen Unfall bejaht werden. Der 1. Fall betraf einen 50jähr. Kaufmann. Derselbe empfand etwa $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Heben einer etwa 70 Pfund schweren Kiste Schmerzen im rechten Unterleib. Von Stunde an entwickelte sich allmähig eine P. Autor wurde am 4. Tag hinzugeholt und fand bereits die Zeichen einer diffusen Peritonitis, aufgetriebenen stark gespannten Leib, fortwährendes Aufstossen und Erbrechen, Fieber, schnellen Puls; Tod nach einigen Tagen. Gutachten: Ist an dem Zusammenhange der tödtlichen Bauchfellentzündung mit der Blinddarmentzündung nicht wohl zu zweifeln, so bedarf die Frage der Veranlassung der letzteren durch das Heben einer besonderen Erörterung. Nach dem ganzen Charakter und Verlauf der Krankheit muss vorausgesetzt werden, dass es sich um einen Durchbruch im Wurmfortsatz des Blinddarms gehandelt hat. Ein gesunder Darm aber erleidet aus Anlass des Hebens einer noch so schweren Last keine Zusammenhangstrennung. Insoweit muss ich der Anschauung des Vertrauensarztes*) beitreten. Allein es geht nicht an, den gefragten Zusammenhang aus diesem Grunde schlicht abzulehnen, insofern die Möglichkeit vorliegt, dass unter der Einwirkung der offenbar in bedeutendem Maasse in Anspruch genommenen Bauchpresse Darminhalt aus dem Blinddarm in den Wurmfortsatz gedrungen, eingedrückt worden ist und — unter Einwirkung einer Schleimhautverletzung — die Entzündung bezw. zum Durchbruch führende Geschwürsbildung auf dem Wege des Bakterienfrasses ein-

*) Der Versicherungsgesellschaft.

geleitet hat. Dass der Kranke schon vor dem „Unfall“ an Blinddarmenzündung gelitten bezw. eine durch Geschwürsbildung veranlasste dünne Stelle in seinem Wurmfortsatz beherbergt habe, welche durch die Bauchpresse zum Platzen gebracht worden, ist unwahrscheinlich; ich kann mir kaum vorstellen, dass ein mit der genannten Darmenzündung behafteter Pat. ganz beschwerdefrei bezw. in der Lage gewesen, sich noch mit schwerem Kistenheben abzugeben. Vorstehende Erwägungen gelten nur unter der Voraussetzung, dass die Angaben über das Gewicht der Last und die Continuität der Erscheinungen den Thatsachen im Wesentlichen entsprechen; aber auch unter dieser Bedingung ist der Zusammenhang nur als wahrscheinlicher, nicht als erwiesen anzusehen, ein zufälliges Zusammentreffen nicht unbedingt auszuschliessen.“ Im 2. Falle handelte es sich um einen Schulknaben, bei welchem im Anschluss an eine Züchtigung durch den Klassenlehrer schwere, zum Tode führende Symptome von P. und diffuser Peritonitis in die Erscheinung traten. Die gerichtsarztliche Section ergab eitrige Perforativperitonitis. Eingefordertes Obergutachten: „Der Wurmfortsatz steht als Hohlorgan mit der Höhle des Blinddarms in offener Verbindung. In seinem Inneren befindet sich gar nicht so selten etwas Koth ohne jede Beschwerde oder mit mehr oder weniger Reizerscheinungen. Bei Schmerzen liegen die Verhältnisse nicht mehr ganz normal. Bei Verletzung der Schleimhaut als schützende Decke kann es zu ernsteren Erscheinungen kommen. Die Entzündungserreger dringen in die tieferen Schichten ein und in die Bauchhöhle vor. Bei Durchbohrung der Wand, ehe sich schützende Verwachsungen bilden konnten, kommt es zur Bauchfellentzündung, welche meist zum Tode führt. Diese Verhältnisse liegen hier vor. Die Entzündung des Wurmfortsatzes, welche die Durchbohrung veranlasste, ist wenige Stunden nach der Züchtigung entstanden. Es dürfte — mit Rücksicht auf die Schilderung des Krankheitsverlaufes durch die Zeugen — kaum einem Zweifel unterliegen, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Aber nicht die Züchtigung als solche aufs Gefäss ist die Ursache, sondern der Umstand, dass der Knabe mit dem Bauche auf eine Bank gelegt wurde und heftige Abwehrbewegungen (Strampeln und Schlagen mit den Beinen) gemacht wurden. Dadurch entstanden erhebliche Druckschwankungen in der Bauchhöhle, die, zumal der Geprügelte von schlaffen Fasern und seine Bauchdecke wenig widerstandsfähig, auf dem Wege der Erhöhung des Innen-

drucks im Blinddarm und seinem Anhang geeignet wären, eine Verletzung der Schleimhaut des letzteren zu veranlassen. Es ist dabei gleichgültig, ob vorher schon Koth im Wurmfortsatz gewesen, in welchem Falle die Schleimhaut für die Verletzung noch leichter zugänglich war, oder solcher erst eingepresst worden. Die Klagen des Knaben über Schmerzen im „Magen“ vor der Züchtigung haben ihren Grund möglicherweise in dem früheren Vorhandensein von Koth im Anhang des Blinddarms.“ Die Begutachtung also resümierte: „Es ist fraglich, ob schon vor der Züchtigung Darminhalt im Wurmfortsatz vorhanden gewesen; die alleinige Ursache der tödtlichen Erkrankung konnte er nicht gebildet haben; vielmehr war letztere eine Folge der Abwehrbewegungen.“ Also musste ein mittelbarer Zusammenhang anerkannt werden. *Fall 3* war eine Unfallversicherungssache, und es wurde ein Obergutachten darüber gewünscht, ob die von einem verstorbenen Colonisten ausgeführte Arbeit, das Heben und Aufladen von Dünger, eine mitwirkende wesentliche Ursache für seine tödtliche Erkrankung gewesen sei bezw. den Tod wesentlich beschleunigt habe. Bei dem Abgang einer Section war eine ganz bestimmte Diagnose nicht mehr zu stellen, doch sprach überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass es sich um eine Peritonitis mit Darmverschluss oder paralytischem Ileus im Anschluss an eine rückfällige P. gehandelt. Unter solchen Umständen musste Autor nicht nur die genannte Betriebsthätigkeit als geeignet zur Auslösung der letztgenannten Krankheit bezeichnen, sondern auch mit dem Anschluss der Erscheinungen das Heben und Aufladen der nicht leichten Lasten einen ursächlichen Zusammenhang im Sinne der Fragestellung begründen. Genügt die mit einer erheblichen und wechselnden Inanspruchnahme der Bauchpresse verbundene Anstrengung schon unter Umständen zur Herbeiführung einer Blinddarmentzündung dadurch, dass der unter erhöhtem Druck stehende Darminhalt in den Wurmfortsatz eingepresst wird und daselbst als bakterienüberladener Fremdkörper stagnirend unter Mithilfe von Schleimhautläsionen nekrotisirende Processe anzuregen, um wie viel mehr muss das der Fall bei schon vorausgegangenen Attacken der zu Rückfällen in erheblichem Grade geneigten Krankheit der Fall sein. Jedenfalls dürfte Autor der Ueberzeugung Raum geben, dass der Verunglückte ohne seine Arbeit eine wesentlich längere Zeit gelebt haben würde. Im 4. *Falle* dagegen hat Autor die Bejahung des Zusammenhang von Tod und Unfall nicht zu bestätigen gewagt, ob-

wohl der erstere in eindeutiger Weise durch eine diffuse Peritonitis als Folge einer Wurmfortsatzperforation herbeigeführt worden und auch der letztere — Stoss eines Brettes gegen den Rumpf — zu Bedenken nicht Anlass gegeben. Und doch musste man Abstand nehmen, eine hinreichend wahrscheinliche Abhängigkeit zu construiren, da der Durchbruch, das Signal zum Ausbruch der Bauchfellentzündung, erst in der 4. Woche nach dem Unfall vor sich gegangen. Letzterer hatte eine Pleuritis sicca ausgelöst, deren klinische Aeusserungen durch die Blinddarmbeschwerden abgelöst worden waren. Also wohl eine nur zufällige Continuität der Erscheinungen. — Ein Rückblick auf die 3 „positiven“ Fälle lässt zunächst die Art des Traumas bemerkenswerth erscheinen: nicht Gewalteinwirkungen durch Stoss oder Fall, sondern Heben von Lasten resp. Muskellüberanstrengung durch intensive Bewegung. Zum näheren Verständnisse des inneren Zusammenhanges solcher Unfälle mit der Krankheit bedarf es vor allem die Berücksichtigung der Thatsache, dass die P. *mindestens* 2 ursächliche Momente — Anwesenheit von *Bakterien* und *Gewebsverletzung* — zur Voraussetzung hat. Freilich kann schon eine kleine Epithelabschürfung, eine Spur Darminhalt genügen. Mit Nachdruck muss aber auf den anscheinend nicht allen Aerzten geläufigen Umstand verwiesen werden, dass nicht nur recht häufig der Anhang des Blinddarms Koth ohne jede Störung beherbergt, sondern dass auch mannigfache Läsionen des Appendix trotz gleichzeitiger Anwesenheit von Darminhalt ein Nekrose nicht zu Stande bringen *müssen*. Wie sollte man die am Sectionstische einem so oft entgegentretenden Befunde von Kothsteinen und sonstigen Fremdkörpern mit Verletzungsspuren im Wurmfortsatz, ohne dass im Leben dasselbst sich bemerkenswerthe Entzündungsprocesse abgespielt, anders deuten? Man kann sich da des Eindrucks nicht erwehren, dass noch ein weiterer, unbekannter Factor im Spiele sein muss. Solange wir mit diesem nicht genau bekannt sind, werden wir uns bei der Entzündung der beiden genannten nothwendigen Vorbedingungen als Hauptgrundlagen des Leidens für den Einzelfall zu bescheiden haben. Diese Nachweise werden freilich auch hier in der Unfallpraxis nur spärlich gesät sein, aber der Begriff der Wahrscheinlichkeit pflegt auszureichen. In obigen Fällen beherrschte der intensiv gesteigerte Innendruck des Darmes infolge übermässiger Inanspruchnahme der Bauchpresse den Mechanismus der Entstehung der Krankheit. Freilich wird

man sich unter der Voraussetzung eines gesunden Appendix nicht vorstellen dürfen, dass dieses Moment an sich eine Verletzung herbeizuführen im Stande sei. Der gesunde Darm reisst nur auf richtige Gewalteinwirkungen hin. Aber es begreift sich, dass da, wo bereits Kothsteine oder sonstige Fremdkörper im Blinddarmanhang lagern, durch die Locomotion dieser Schleimhautverletzungen gesetzt werden können resp. beim Einpressen solcher Gegenstände aus dem Cavum des Blinddarms unter erhöhtem Druck Wunden zu entstehen vermögen. Schon der normale Koth kann reich an Einschlüssen sein, geeignet, unter den genannten Bedingungen die Continuität der schützenden Epitheldecke zu gefährden. Uebrigens konnte Autor die Thatsache, dass der auf den Blinddarm ausgeübte Druck wirklich im Stande ist, auf dem Wege der Compression seines Inhalts diesen in den leeren Wurmfortsatz übertreten zu lassen, auch experimentell vor Augen führen. Also: Der leere Appendix kann aus dem Blinddarm infectiöses Material beziehen, sobald Druck auf den letzteren zur Compression seines Inhaltes führt. Endlich muss auf jene offenbar nicht so kleine Kategorie von Fällen verwiesen werden, in denen eine bereits bestehende vorgeschrittene Usur der Appendixwand durch Kothsteine und dgl. durch die intensiv gesteigerte Bauchpresse aus dem Stadium der Latenz in dasjenige der Perforation übergeführt wird oder das Trauma den Rückfall auslöst. Autor résumirt: „Mannigfache Unfälle von der Ueberanstrengung bis zu brutalen Gewalten können P. herbeiführen bezw. die Rolle wesentlich mitwirkender Ursachen derselben spielen. Das geschieht entweder dadurch, dass das Trauma bei bereits latent bestehender Epityphlitis zur Perforation führt, oder dadurch, dass der Koth bezw. Fremdkörper beherbergende Appendix auf dem Wege der Gewebsläsion oder selbst der gesunde und leere Wurmfortsatz durch letztern im Verein mit der Bakterieneinwanderung in Entzündung und Nekrose versetzt wird, die ihrerseits später zur P. führt.“

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 9.)

Rheumatismen. Aspirin rühmt Dr. J. Ruhemann (Berlin). Man verschafft bei der Zuführung dieses Mittels dem Pat. alle Vortheile, die der Salicylsäure innewohnen, ohne ihre Schädigungen für Magen, Kopf, Herz und Ohr mit in den Kauf nehmen zu müssen. Wochenlang kann der Kranke das Mittel ohne Schaden nehmen, chron. Magenkatarrh und Herzleiden bilden keine Contraindication. Autor hat einige

Dutzend Fälle von acuten und subacuten Muskel- und Gelenkrheumatismus mit bestem Erfolg damit behandelt, nicht minder auch rheumatische Neuralgien, Ischias etc. Auch der Preis ist jetzt dadurch reducirt, dass Tabletten à 0,5 im Handel sind, von denen 20 Stück 55 Pf. (in der Apotheke 90 Pf.) kosten, während 10 Pulver à 1 g 1,70 Mk. kosteten

(Therapie der Gegenwart, März 1900.)

- Auch Prof. E. Grawitz (Städt. Krankenhaus Charlottenburg) spricht sich sehr lobend über Aspirin aus. Es wurde bei 14 Fällen von acutem *Gelenkrheumatismus* angewendet und bewirkte ohne Ausnahme schon nach den ersten 24 Stunden, in denen je nach Schwere der Erkrankung 3—5 g gegeben wurden, prompten Nachlass der Schmerzen und Temperaturabfall; bei gleich hohen weiteren Tagesdosen gingen die Temperaturen in wenigen Tagen zur Norm zurück, und Schwellungen und Schmerzen schwanden dementsprechend. Ebenso günstig Erfolg bei mehreren Pat., die vorher mit anderen Mitteln ohne Erfolg behandelt waren. Bei 3 Pat., die infolge starker von anderer Seite erhaltener Salicyldosen erhebliche Albuminurie nebst Cylindern, Nierenepithelien und rothen Blutkörperchen im Urin acquirirt hatten, wurde der Urin, nachdem die Pat. zunächst 2 Tage lang Antipyrin, dann Aspirin erhalten hatten, nach wenig Tagen völlig eiweissfrei. Auch bei 6 Kranken mit *chron. Gelenkrheumatismus* und einem mit *Arthritis gonorrhoeica* wurden Gelenkschwellungen und Schmerzen durch 3 g pro die günstig beeinflusst. Auch bei *Influenza* wirkte Aspirin in den meisten Fällen rasch und prompt, nicht minder bei *Neuralgien*. Endlich wurde die starke schweisstreibende Wirkung des Mittels bei exsudativer *Pleuritis* und *Ascites* erprobt; auch hier waren die Erfolge zufriedenstellende.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1900 Nr. 6.)

- „Aspirin“ schreibt Dr. O. Lehmann (Charlottenburg) — „kann auch nach meinen Erfahrungen als ein höchst schätzenswerther Concurrent, wenn nicht völliges Ersatzmittel für das Natrium- oder Acid. salicyl. angesehen werden. Die theoretische Voraussetzung, dass das erst im alkalischen Darmsaft sich lösende Aspirin den Magen nicht angreife, erwies sich in praxi in recht befriedigendem Maasse. Die Kranken haben das Mittel genommen, ohne eine Klage über Magenbelästigungen, Brechreiz, Appetitstörung u. dgl. zu machen.“

zu lassen. Dazu kommt, dass auch der Geschmack des Aspirins ein unvergleichlich besserer ist, als der des Natriumsalicylats^{*)}. Mit 3—4 mal soviel gestossenen Zucker als die ordinirte Pulverdosis genommen, hat das Ganze einen dem Essigsäurecomponenten entsprechenden nicht unangenehmen säuerlichen Geschmack.⁴ Gehörgeräusche verursachte das Mittel nur höchst selten, ebenso konnte Autor irgend einen nachtheiligen Einfluss auf Herz und Puls auch bei mehrwöchentlichem Gebrauch nicht constatiren. Auch als gutes Analgeticum erwies sich Aspirin bei den verschiedensten Neuralgien, Ischias etc., und konnte vielfach schon nach der 1. Gabe (1 g) ein erhebliches Nachlassen der Beschwerden constatirt werden.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1902.)

- **Gaultheria-Oel** (Oil of Wintergreen) hat Dr. E. v. Rottenbiller (Trenczin-Teplitz) bei 122 Fällen von Rh., meist chronischen Formen, mit gutem Erfolge angewandt. Das Oel, welches Salicyl enthält (10—12 g entsprechend 5 g Natr. salicyl.) wirkte besonders prompt auf die Schmerzen ein. Autor gab es zu 6 g pro die (in Gelatinecapseln à 1,25 g), und zwar 2 Stück vor dem Schlafengehen, 2 Stück eine Stunde später und 1—2 Stück im Laufe der Nacht, wobei stets 12 Stunden Schmerzf়reiheit erzielt wurde. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten sich nie. Die Bäderbehandlung that ja das ihrige zur Heilung der Pat., jedenfalls aber unterstützte die medicamentöse Therapie ganz wesentlich.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1900 Nr. 33.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Ueber vorzeitige Unterbrechung der S. bei abgestorbener Frucht durch Natr. salicyl. macht Dr. M. Hurwitz (Memel) eine Mittheilung. Er hatte einer Frau, die am Ende der S. stand und an Gallensteinkolik litt, einige Dosen Natr. salicyl. gegeben, als unerwarteter Weise einige Wochen zu früh die Geburt eintrat. Vor einigen Jahren

^{*)} Die Firma hat in jüngster Zeit Glasröhrchen mit 20 Tabletten à 0,5 in den Handel gebracht, die sich zum Preise von ca. 1 Mk. als „Originalpackung“ billiger stellen als 10 Pulver à 1 g (1,70 Mk.). Hierbei ist jedoch eines zu beachten: Man lasse die Tabletten vor dem Einnehmen in 1 Löffel Wasser mit Zucker erst zum Zerfall kommen, bevor sie hinabgeschluckt werden, da sie sonst hier und da Magenbeschwerden verursachen.

ging eine Notiz durch die Blätter, ein Arzt wäre angeklagt worden, weil er einer Gravida Salicyl gegeben hätte, die dann abortirte. Binz hält diesen Zusammenhang allerdings für zweifelhaft. Autor wurde nun weiter von einer Frau consultirt, die schon 1 Jahr vorher ein unreifes todttes Kind geboren hatte und in der jetzigen S. die Frucht wiederum für abgestorben hielt. Als nach einigen Wochen die Geburt nicht eingetreten war, und sehr lästige subjective Symptome dieselbe wünschenswerth machten, auch der Tod des Fötus gesichert schien, verordnete Autor neben Scheidenspülungen Natr. salicyl. Am nächsten Tage Geburt einer macerirten Frucht. Erwähnt sei, dass Runge angiebt, man könne Salicyl, ebenso wie Phenacetin, Antitebrin etc. Schwangeren ruhig geben.

(Die Therapie, der Gegenwart 1900 Nr. 2.)

- Eine Verbesserung der „Sonde intra-utérine dilatatrice“ von Doléris hat Dr. E. Toff (Braila) vorgenommen und damit ein wirklich verlässliches und zweckentsprechendes Instrument geschaffen nicht nur zur intrauterinen Ausspülung (sondern gleichzeitig auch zur Dilatation, was z. B. bei Placentarretentionen nach Abortus, Curettirungen etc. von grossem Vortheil ist). Das sonst so praktische Instrument von Doléris hat 2 Fehler: es bildet ein nicht zerlegbares Ganzes und ist rechtwinklig abgeknickt, sodass an ordentliche innere Reinigung nicht zu denken ist. Toff machte die Sonde zerlegbar und schuf eine sanfte, wellenförmige Biegung, so dass nirgends ein tochter Winkel ist, die Reinigung sich leicht vollzieht. Die Sonde wird in 3 Grössen hergestellt*), von denen die mittlere (9 mm) am tauglichsten ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 7.)

- Einen Fall von Polymastie sah Benas. Pat. besitzt ausser den beiden normal ausgebildeten Mammae nebst Mamillae noch 3 Paar, also im Ganzen 6 rudimentäre, überzählige Brustwarzen, und zwar sind es Organe, die so zu sagen in den verschiedensten Stadien der Entwicklung stehen geblieben sind. Man sieht auf jeder Brustseite, nach oben aussen von der normalen Mamilla, zu unterst einen eben angedeuteten Fleck, einige cm weiter nach oben aussen ein kleines, ca. linsengrosses Wärzchen, und schliesslich in der vorderen Axillarlinie eine deutlich ausgebildete, mit einem

*) Collin, Paris (6, Rue de l'école de médecine).

Hof umgebene Brustwarze. Dass auch die beiden ersten Paare wirkliche Brustwarzen sind, dafür spricht schon der genaue symmetrische Sitz an beiden Körperhälften. Die beiden obersten Warzen befinden sich auf der Höhe einer flach kegelförmigen Erhebung, deren Palpation ergibt, dass sie einer etwa kleinapfelgrossen Brustdrüse entspricht. Schon als Mädchen beobachtete Pat., dass allemal beim Eintreten der Menses Schmerzen und Schwellung in den Mammæ auftraten, und gleichzeitig auch unter den Armen, worauf sie aber kein Gewicht legte. Erst im späteren Verlaufe der Gravidität fiel es ihr auf, dass unter dem Arm (richtiger gesagt in der Achselhöhle) sich Gebilde befanden, die constant an Grösse zunahmen. Sogleich nach der Niederkunft (am 3. II.) bemerkte sie, dass ihr, wenn sie auf dem Rücken lag, aus den Achseln etwas Feuchtes am Körper herabrieselte, und in den nächsten 2 Tagen wurde diese Absonderung so stark, dass Pat. förmlich „in Milch schwamm“ (denn um solche handelte es sich!), wobei gleichzeitig die Gebilde in der Achsel grösser, härter und äusserst schmerzhaft wurden. Autor sah Pat. zuerst am 8. II., also 5 Tage post part. Damals kam aus dem obersten Warzenpaare, das ganz dunkel pigmentirt war, theils spontan, theils bei ganz leichtem Druck auf die Umgebung, Milch von ganz normalem Aussehen in dicken Tropfen heraus. Die entsprechenden überzähligen Brustdrüsen selbst waren hartgeschwollen, von Apfelgrösse, von der Umgebung scharf abzugrenzen, die Haut darüber prall gespannt, und glänzend roth. Von jeder dieser Mammæ liess sich ein radiär verlaufender Strang bis zur normalen Mamma palpatorisch verfolgen und verlor sich schliesslich in derselben, zur normalen Mamilla ebenfalls radiär gerichtet. Dieser Strang entsprach in seiner Richtung etwa einer Linie, die man sich von der obersten über die beiden mittleren bis zur normalen Mamilla gezogen denkt. Vom 7.—20. Tage des Puerperiums nahm die Secretion, die Grösse und Schmerzhaftigkeit der überzähligen Mammæ successive ab, die Secretion verschwand schliesslich ganz, seitdem hat auch die Pigmentirung der Warzen, die Grösse und Härte der Drüsen sich immer mehr verändert, so dass jetzt nur noch wenig zu sehen ist. Die Bedeutung solcher überzähligen Brustdrüsen für den Praktiker liegt einmal darin, dass sie unter Umständen (wenn sie während Menses, Gravidität, Puerperium anschwellen, schmerzen und nässen) sehr lästig werden können, so dass event. Exstirpation indicirt ist. Der obige

Fall zeigt aber, dass selbst enorme Milchsecretion nicht diese Exstirpation verlangt, da alle unangenehmen Erscheinungen in 2 Wochen von selbst verschwanden. Andererseits zeigt eine, wenn auch geringe Anzahl von Beobachtungen, dass von diesen Gebilden aus sich maligne Neubildungen entwickeln können.

(Berliner medicin. Gesellschaft 28. II. 1900. —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 12.)

— Im Anschlusse an Martin's Publication*) über Behandlung des Nabelschnurrestes giebt jetzt Prof. Ahlfeld seine seit mehreren Jahren benützte Methode an, die ihn *bei weit über 1000 auf einander folgenden Geburten nicht ein einziges Mal im Stich gelassen* hat, sowohl was die Verhütung von Nabelinfectionen anbelangt, als auch in Bezug auf Nachblutungen. Die Hauptprincipien des Verfahrens sind: Kürzung des Nabelschnurrestes auf das erlaubte Minimum, Betupfen des Restes sammt der Umgebung des Nabels mit 96⁰/₁₀igem Alkohol, Auflegen einer Lage steriler Watte, die bei Unterlassung des täglichen Bades 5—6 Tage liegen bleiben kann, wenn nicht ihre Durchnässung mit Urin einen Wechsel erheischt. Im Speciellen verfährt Autor so, dass er nach Geburt des Kindes die Nabelschnur ca 8—10 cm vom Nabel nach vorausgeschickter Unterbindung mittelst Leinenbandes trennt, das Kind badet und nach 1—1½ Stunde die secundäre Kürzung des Nabelschnurrestes vornimmt, zu welchem Zwecke an der nun bereits etwas collabirten Nabelschnur circa 1 cm vom Nabelkegel ein zweites Nabelschnurband fest umgelegt und ½ cm ausserhalb dieses Bandes die Schnur abgeschnitten wird. Sodann Befeuchtung mit Alkohol und Verband mit Watte und Nabelbinde. Martin's Methode ist *nach 2 Seiten hin nicht unbedenklich*: Der Seidenfaden führt bei etwas zu kräftiger Anwendung leicht zu Nabelschnurhaematomen und mit der Glühsehere würden in der Praxis gar leicht Verbrennungen zu Stande kommen. Ganz abgesehen davon, dass 30 Fälle überhaupt nicht genügend Beweiskraft besitzen, könnte man Martin's Verfahren trotz genannter Mängel einführen, wenn es bedeutend mehr leistete, als andere; dass dem nicht so ist, beweist die Statistik Ahlfeld's, der mit seiner Methode seit Jahren keinen Misserfolg erlebte.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1900 Nr. 13.)

*) S. Excerpta d. J., S. 312.

Tuberculose. Seit 1899 empfiehlt Dr. Br. Alexander (Nervi) die Behandlung der Phthise mit subcutanen Injectionen von Ol. camphorat. officin., und er weist jetzt von Neuem auf die Erfolge hin, die er damit erzielt hat. Die *tonisirende Wirkung des Camphers aufs Herz* ist eine starke, sie ist maassgebendes Moment für diese Behandlung, die eine schädliche Nebenwirkung nicht hervorruft, wohl aber den Appetit mächtig steigert, die Schweisssecretion hemmt, das Fieber bekämpft, den Husten lindert, Schlaf erzeugt etc., wie sich Autor auch bei schweren Fällen oft zu überzeugen Gelegenheit hatte. Auch schwere Pat. wurden durch diese Behandlung dem Leben, ihrer Thätigkeit wiedergegeben! Nachdem Autor die cumulative Wirkung des Camphers und sein differentes Verhalten bei fieberfreien und fiebernden Phthisikern erkannt hatte, verfährt er jetzt folgendermaassen: *Fiebernden* wird täglich 1 Mal 0,01—0,02, bei grosser Schwäche 0,03 Campher wochen- und monatelang injicirt; *Fieberfreie* werden entweder ebenso behandelt, oder es wird täglich 1 Mal 0,1 Campher 4 Tage lang injicirt, nach Intervallen von mindestens 8 Tagen werden diese Injectionen immer wieder fortgesetzt.

(Münchener medic. Wochenschrift 100 Nr. 9.)

— Zur Therapie der Scrophulosis und Phthisis incipiens schreibt Dr. Levy (Neuhofen): „Durch Verabreichung eines Tabakinfuses von 0,25 : 100,0 alle 2 Tage ein Kaffeelöffel, Mittags gegeben, ist es mir gelungen, ausnahmslos bei jeder Scrophulose, bei der die „Drüsen“ noch nicht verästelt waren, in 3 Wochen völlige Heilung zu erzielen. Irgendwelche unangenehme Erscheinungen konnte ich nicht beobachten. Schwinden die Lymphome sehr rasch, so tritt ein geringes Fieber mit Erbrechen ein, das jedoch ohne Kunsthilfe schwindet und höchstens einige Stunden anhält. Die Medicin muss täglich untersucht werden, da sie sich schnell zersetzt, was sich durch Trübung und Flockenbildung anzeigt. Die Wirksamkeit zeigt sich spätestens am 5. Tage durch Weicher- und Kleinerwerden der Lymphome an. Höhere Dosen gab ich nie, ich halte auch eine öftere Dargreichung als alle 2 Tage für nutzlos. — Bei Phthisis incipiens (worunter ich solche Fälle verstehe, die keine Cavernen constataren lassen) sah ich — bei gleicher Ordination — Schwinden der Nachtschweisse, des Hustens und Hebung des Appetits.“

(Ibidem.)

— Ueber Hetolbehandlung lässt sich Prof. C. A. Ewald aus. Derselbe versuchte die bekanntlich von Landerer so warm empfohlene Behandlung mit Hetol (zimmtsauem Natron) bei 25 Fällen von Phthise, und zwar solchen, deren Zustand von Landerer als günstig für diese Therapie bezeichnet worden sind; 11 nämlich waren während des ganzen Verlaufes fieberfrei, 10 hatten längere fieberfreie Perioden, nur 4 dauerndes Fieber; keiner wies grössere Cavernen auf. Auch die Art der Behandlung richtete sich streng nach den Vorschriften Landerer's, der intravenöse Injectionen zunächst von 1 mg, dann allmähig steigend etwa in 2-tägigen Intervallen einspritzend, bis zu 15 mg macht. „Die Technik selbst ist eine ausserordentlich einfache und hat niemals irgend welche Unzuträglichkeiten in unserer Hand gegeben. Wir haben im Ganzen 461 Injectionen gemacht und dabei ist nie irgend ein Unglücksfall passirt. Man muss natürlich für eine Desinfection des Armes sorgen — die Einspritzungen werden ja meist in die Vena mediana gemacht — den wir vorher mit Aether und später mit Alkohol abreiben. Die Spritzen werden unmittelbar vor der Einspritzung mit einer Natronlauge ausgekocht, dann mit Carbol ausgespritzt, dann wird die Hetollösung eingesaugt und nun noch wieder etwas von der Lösung ausgespritzt, damit nicht etwa ein Rest von Carbol sich in der Spritze befindet. Dann wird die Canüle der Spritze in die Vene eingestossen, nachdem vorher der Arm mit einer Mullbinde oberhalb der Vene umschnürt ist. Wenn man dann ein wenig den Stempel anzieht, so kommt ein Tröpfchen Blut in die Spritze hinein. Man sieht also, dass man sich in der Vene befindet, und man spritzt alsdann die jedesmal nothwendige Quantität der Hetollösung in die Vene ein.“ Ausser auf den Gang der Phthise hatten die Injectionen noch nach 2 Richtungen hin Einfluss: Sie bewirkten eine eigenthümliche Neigung zu kleinen Lungenblutungen und eine auffallende Neigung zum Schlafen und Müdesein. Auf die Temperatur, auf die Schweisse, auf das Verhalten der Tuberkelbacillen zeigten sie keinen Einfluss. Was den Einfluss auf das Leiden selbst betrifft, so war ein entschiedener Erfolg in 4 Fällen zu constatiren, Besserungen, wie Autor sie auch sonst zu sehen gewohnt ist in 5, keine Besserung bei Stillstand der Affection in 6 Fällen und ein unaufhaltsam progredienter Verlauf in 10. Ueber 80 Tage behandelt wurden 11 Fälle (die meisten davon 150 Tage und darüber, die anderen darunter (30—80 Tage). Landerer heilte seine leichtesten Fälle in ca. 80 Tagen, und

zwar heilte er 51—85 % seiner Pat. Ewald hatte nur 8 % Erfolge zu verzeichnen, und bei 10 von 25 Fällen (darunter mehrere, die gar nicht so schwer waren und einige 50 mal injicirt wurden) war der Verlauf ein progredienter, letaler. Landerer arbeitet freilich in einer gut geleiteten, klimatisch begünstigten Heilanstalt, und seine Erfolge differiren gar nicht so sehr von den auch an anderen derartigen Orten ohne Hetolbehandlung erzielten; ausserdem gelangen sicher viel mehr Fälle von Phthise durch die natürlichen Heilpotenzen des Organismus zur Heilung, als man gewöhnlich annimmt; immerhin hält aber Ewald auch seine Versuche für geeignet, die Hetoltherapie mit Interesse zu verfolgen und er résumirt: „Die bei der Anwendung des Hetol erzielten Erfolge haben nicht den Erwartungen entsprochen, wie sie nach den Erfahrungen und Arbeiten von Landerer und Anderen erhofft werden konnten, sie sind aber immerhin doch derartige, dass das Verfahren, da es bei sachgemässer Anwendung keine directen Gefahren mit sich bringt, wohl weiterer Prüfung werth ist und einer weiteren Prüfung unterzogen werden sollte.

(Berliner medic. Gesellschaft 14. III. 1900. —
Berliner klin. Wochenschr. 1900 Nr. 21.)

- Die Uebertragung der T. durch die rituelle Circumcision geschieht, wie Prof. Neumann (Wien) hervorhebt, häufiger, als man wohl glaubt. Besonders die mit *latenter T. behafteten Beschneider*, die sich für gesund halten, bilden bei dem schleichenden Verlauf der Krankheit durch Jahre eine verborgene Infectionsquelle für die Kinder, welche sie beschneiden, resp. an denen sie die *Blutaufsaugung* ausüben. Es ist actenmässig nachgewiesen, dass in einem russischen Orte in $\frac{1}{4}$ Jahr so 10 Kindern T. inoculirt wurde, von denen 7 daran zu Grunde gingen. Nach der Circumcision entstehende Eiterungs- und Geschwürsprocesses werden dabei oft genug anderen Ursachen zugeschrieben (Eiterkokken, Syphilis etc.), so dass die Zahl der Impftuberculosen nach der Circumcision wahrscheinlich noch viel grösser ist, als die Zahlen angeben. Der Process breitet sich auf die Leistendrüsen aus, die oft vereitern, oft genug auch weiter auf die Beckendrüsen, die ebenfalls über kurz oder lang vereitern, wobei Durchbruch in die Bauchhöhle mit tödtlicher Peritonitis oder Durchbruch nach aussen mit nachfolgender Kachexie die Regel ist, seltener nur ein Intumesciren der Drüsen erfolgt, worauf sich T. in den Organen

der Bauchhöhle entwickelt. Sehr häufig kommt es auch zu Basilar meningitis, andere Male zu T. der Knochen, Wirbelsäule etc. Oft wird, zumal wenn die Circumcisionsgeschwüre unterdessen geheilt sind, die Infection ganz wo anders hergeleitet, als von der Circumcision. Im Laufe eines Jahres gelangten aus derselben Ortschaft 4 Kinder in des Autors Behandlung, die von demselben Beschneider circumcidirt waren. Das eine war 6 Monate alt, stammte aus gesunder Familie (4 ältere Geschwister leben und sind gesund). 8 Tage nach der Geburt Circumcision. Die Wunde heilte angeblich rasch, doch soll eine kleine Schwellung und Röthung zurückgeblieben sein, welche nach 6 Wochen aufbrach. Das Geschwür widerstand der ärztlichen Therapie, nach 2—3 Monaten kam noch beiderseitige Schwellung der Leistendrüsen hinzu. Bei dem 2. Kinde fanden sich an der Ruthenhaut am Circumcisionsring mehrere dicht an einander stossende, quergestellte, meist bohnen-grosse Geschwüre mit unterminirter, gebuchter, schlaffer, bläulichrother Umrandung und dünnem, eitrigem Belag auf dem höckrigen Grunde. An der rechten Seite der Ruthenhaut mehrere Narben nach geheilten Geschwüren. An der hinteren Seite erstrecken sich die circulär gestellten Geschwüre bis ans Scrotum. In der linken Leiste eine kleinapfel-grosse Drüsengeschwulst; über ihr Haut normal gefärbt und verschieblich. Rechts mehrere über haselnuss-grosse, teigig weiche Drüsen. Exstirpation derselben. Histologische Untersuchung ergibt zweifellose T. Bei dem 3. Kinde bemerkte die Mutter im 9. Monate eine ödematöse Schwellung am Vorhautreste und an Stelle des Bändchens ein hanfkorngrosses, weisslich belegtes Geschwür. Dasselbe nahm trotz ärztlicher Behandlung stetig an Umfang zu, auch die ödematöse Schwellung blieb stationär. Autor fand am Vorhautstumpf nächst dem Bändchen ein 3 cm langes und 1 cm breites Geschwür mit bläulichroth gefärbter, unterminirter Umrandung, grauweisslich belegtem Grunde. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. Auch hier ergab die Untersuchung T. Von diesen 3 Kindern starb eines nach wenigen Wochen an Gastroenteritis und hochgradiger Abzehrung, das 2. hustete, magerte gleichfalls ab, bekam eitrige Hornhautentzündung mit Verlust des Sehvermögens und starb an Phthise. Das 3. ist anscheinend gesund. Ausser diesen Kindern erkrankten einem Bericht zufolge noch mehrere von demselben Beschneider circumcidirte Kinder. Autor veranlasste den Beschneider, der 25 Jahre

1

2

Vermischtes.

— Die Verordnungsweisen des Naftalan von Privatdocenten Dr. H. Pasch kis (Wien)*):

Mit *Ung. Casein.* lässt sich Naftalan ohne Zusatz nicht zu einer gleichförmigen Masse vermischen; es entsteht immer eine bräunliche bröcklige Salbe. Dagegen giebt

Naftalan.

Lanolin.

Ung. Casein. aa

eine gute Salbe, welche dünn aufgetragen, auf der Haut eintrocknet und eine abwaschbare, sehr elastische Decke bildet; pulverförmige Substanzen lassen sich ohne weiteren Fettzusatz leicht mit dieser Salbe vereiben, z. B. Zinkoxyd bis 10 0/0, Jodoform 5 0/0, Chrysarobin 5 0/0, Schwefel 10 0/0. Naftalan kann ferner Wasser, Spiritus, Oel und Glycerin in gewissen Mengen aufnehmen. Diese Mischungen haben noch immer, wenn auch dünnere, Salbenconsistenz. Dagegen ist als *Liniment* zu verwenden:

Naftalan.

Ung. Glycerin.

Glycerin. aa.

Es ist eine dickliche, immerhin aber ausgiessbare Flüssigkeit, welche auch zum Tränken von Baumwolltampons in der Gynäkologie gebraucht werden kann. Grösseren Glycerinzusatz verträgt das Liniment nicht, ohne sich zu entmischen. Ein sich in der Consistenz anschliessendes, aber fetteres und demgemäss von der Haut schlecht abzuwaschendes Liniment erhält man durch Lösen des Naftalan

*) 4. Fortsetzung.

in Ol. Vaseline. Dasselbe dürfte sich als „*Einreibung*“ wohl am meisten eignen und kann eine Anzahl von Medicamenten aufnehmen:

Rp. Naftalan. 16,7	Rp. Naftalan 16,7
Ol. Vaseline. 33,3	Ol. Vaseline. 33,3
Jod. pur. 2,5	Tet. jodi 10,0

Rp. Naftalan 10,0
Ol. Vaseline. 20,0
Chloroform. 10,0

Noch besser ist zu denselben Zwecken eine Lösung von Naftalan in Ol. Terebinth. rectif. (10:30), welcher Liq. Ammon. caust. (10 g), oder Camphor. (5 g) oder Aq. Calc. (20 g) zugesetzt werden können.

(Allgem. medic. Centralztg. 1899 Nr. 77.)

(Schluss folgt.)

— Ueber transpelliculare Behandlung schreibt P. G. Unna (Hamburg): „Ich habe in meiner allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten (pag. 793) darauf aufmerksam gemacht, dass die Application eines Collodiumfirnisses die Fortsetzung der Behandlung mit Salben und Seifen an derselben Hautstelle nicht contraindicirt. Hierin liegt ein grosser Gewinn für die Behandlung solcher Dermatosen, bei denen ein Druck auf umschriebene Hautstellen während der ganzen Dauer medicamentöser Einwirkung erwünscht ist, also insbesondere beim Strophulus (Lichen urticatus), bei gereizten Insectenstichen, bei stark juckenden Pernionen und vor allem beim Ulerythema centrifugum (sog. Lupus erythematosus). Alle diese unter sich höchst verschiedenen Affectionen haben das Gemeinsame, dass bei ihnen ein umschriebenes, angioneurotisches Oedem entweder permanent vorhanden ist oder sehr leicht hervorgerufen wird und einerseits der Ausbreitung des Uebels Vorschub leistet (Ulerythema centrifugum), andererseits die örtliche Behandlung ungemein erschwert (Strophulus, Insectenstiche, Frostbeulen). Die einfachste Behandlung wäre in diesen Fällen die Application eines comprimirenden Collodiumfirnisses, welcher das nöthige Medicament selbst in ausreichendem Maasse eingeschlossen enthält. Aber mit einem so einfachen Mittel kommt man in den seltensten Fällen aus, eigentlich nur bei den gereizten Insectenstichen, indem hier oft die Aufpinselung von Ichthyolcollodium allein zur Heilung

genügt. Schon der Strophulus macht — abgesehen von der meistens nothwendigen inneren Medication — die Einreibung der hauptsächlich befallenen Regionen mit Zinkschwefelpaste oder Aehnlichem aus dem Grunde nöthig, weil zwischen den zunächst befallenen Hautstellen successive immer neue Efflorescenzen auftauchen, falls man diese Maassregel unterlässt. Bei den Frostbeulen genügt die im übrigen vorzügliche Application eines comprimirenden Firnisses, der Ichthyol, Terpentinöl und Campher enthält, ebenfalls nicht, weil dabei die ganze Region der Hände, Füsse oder Ohren an der Perniosis, jener Circulationsanomalie, diffus erkrankt ist, auf deren Boden erst die zerstreuten Pernionen entstehen. Bei dem Ulerythema centrifugum endlich kommt diese Rücksicht auf eine regionäre Disposition, die ja offenbar auch vorliegt, weniger in Betracht, da wir es hier mit äusserst hartnäckigen, scharf umschriebenen und sich in continuo leicht ausbreitenden, aber nicht so leicht springenden und sich vervielfältigenden Flecken zu thun haben. Dafür aber ist bei diesem Leiden zu berücksichtigen, dass es fast stets an unbedeckt getragenen Körperstellen, Gesicht und Händen, localisirt ist und eine dauernde Bedeckung mit dem festhaftenden Colloidumfirniss so entstellend wirken würde, dass an eine fortgesetzte ambulante Behandlung nicht zu denken wäre. Und doch wird ein Arzt, der den ungeheuren Vortheil der Seifencolloidiumbehandlung (Sapon. virid. 4, Collod. 20) gerade bei dieser äusserst refractären Affection einmal erfahren hat, nur ungern auf dieselbe verzichten; er wird aber versuchen, sie mit einer weniger entstellenden Tagbehandlung zu combiniren. Derselbe äusserliche Gegengrund tritt auch bei Behandlung von Frostbeulen der Hand tagsüber ein. Wie man sieht, sind wir oft in der Lage, die punctuelle Colloidiumapplication zu wünschen, sie aber mit anderen Mitteln combiniren zu müssen, und da ist es allerdings von grossem Werthe, dass wir durch das Colloidiumhäutchen in situ hindurch zu behandeln im Stande sind, ohne dessen vorzügliche Druckwirkung aufgeben zu müssen. Hierbei kommt für das Ulerythema centrifugum noch speciell in Betracht, dass die Flecke durch gewisse starke Medicamente (Sapo viridis, Pyrogallol, Ichthyol) vortreflich beeinflusst werden unter der einzigen Bedingung, dass die letzteren nicht selbst eine Gefässlähmung mit Oedem hervorrufen, da dieses, wie schon hervorgehoben, jede Behandlung illusorisch macht und sogar die rasche Ausbreitung des Uebels be-

[illegible]

1

Bücherschau.

— Von dem grossen und bedeutenden, von Ebstein und Schwalbe herausgegebenen Handbuch der prakt. Medicin (Verlag von F. Enke, Stuttgart), das wir bereits einige Male hier besprochen, sind jetzt die Lieferungen 14—19 erschienen. Wir finden hier folgende Arbeiten: Mendel, Psychiatrie, Schmidt-Rimpler, Die Krankheiten des Auges in ihren Beziehungen zur inneren Medicin, Steinbrügge, Die Krankheiten des Ohres in ihren Beziehungen zur inneren Medicin, Obersteiner u. Redlich, Rückenmarkkrankheiten, Wassermann, Allgemeine Einleitung zu den Infectiouskrankheiten, Unverricht, Typhus, Dehio, Fleckfieber, Eulenburg, Krankheiten der peripheren Nerven, Jolly, Allgemeine Neurosen, Ziehen, Gehirnkrankheiten, Kölliker, Chirurgie des Nervensystems. Man sieht also aus dieser Aufzählung wieder, dass die einzelnen Themata von den berufensten Autoren abgehandelt worden sind. Das ist aber auch in der vortrefflichsten Weise geschehen. Mit aller Gründlichkeit gehen die Autoren, selbstverständlich stets den modernen Standpunkt der Wissenschaft im Auge behaltend, mit kurzen Worten auf alle Details der betreffenden Capitel ein, in Wort und Bild sich bestrebend, dem Praktiker alles Wissenswerthe möglichst klar vor Augen zu führen und ihm nach jeder Richtung hin das Verständniss für alle Einzelheiten zu erleichtern. So haben wir denn auch ein ausgezeichnetes Nachschlage- und Studienwerk vor uns, eine Zierde der deutschen medicinischen Litteratur.

— Von Villaret's Handwörterbuch der gesammten Medicin (Stuttgart, F. Enke) sind die Lieferungen 14—18 (à 2 Mk.) erschienen, womit der Stoff bis zum Schlagwort „Narkose“ erledigt ist. Wir haben das vorzügliche, jetzt in 2. Auflage vorliegende Nachschlagewerk bereits des Oefteren unsern Lesern empfohlen und können heut nur wiederholen, dass auch die vorliegenden Hefte von

neuem zeigen, dass dies von bedeutenden Fachcollegen bearbeitete Lexikon den Bedürfnissen des Praktikers nach allen Richtungen hin entspricht. Alles, was auf die Medicin irgendwie Bezug hat, findet Erwähnung, alles ist möglichst kurz aber durchaus vollständig dargelegt. Wir wollen hoffen, dass die weiteren Lieferungen rasch nach einander die Presse verlassen werden, damit die Abnehmer bald in den Besitz des ganzen Werkes gelangen, das ihnen dann ein zuverlässiger Berather in allen die Medicin betreffenden Fragen sein wird.

— Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde von Prof. A. Hoffa (Verlag von G. Fischer, Jena) ist ein Werk, das der Praktiker mit grossem Nutzen lesen wird. Der erfahrene Autor, der durch seine klare und präzise Diction bei seinen litterarischen Arbeiten ebenso bekannt ist, wie durch seine reichen Erfolge in der Praxis, hat auch diesen, für den Arzt ja heutzutage hochwichtigen Gegenstand so zu behandeln verstanden, dass die Lectüre des Buches, das überdies 80 gute Illustrationen enthält, eine höchst lohnende ist. Durch zahlreiche dem Text einverleibte Krankengeschichten wird der Stoff dem Leser noch näher gebracht. Die moderne Orthopädie hat ja dem Verfasser ausserordentlich viel zu verdanken (wir erinnern nur an die paralytischen Fussdeformitäten, die Spondylitis u. s. w.), und wir müssen demselben dankbar dafür sein, dass er uns seine Erfahrungen im Zusammenhange vor Augen führt und bestrebt ist, in Wort und Bild uns mit Allem bekannt zu machen, was er erstrebt und erreicht hat.

— Von der Realencyclopädie der gesammten Heilkunde herausgegeben von Prof. Eulenburg, ist Bd. XXII erschienen, wodurch der Stoff bis zum Schlagworte „Spirometrie“ fortgeführt wird. Auch dieser Band legt wieder beredtes Zeugniss davon ab, welchen Werth dieses monumentale Werk für den Mediciner besitzt. Von grösseren und bedeutenderen Artikeln enthält dieser Band: „Schulgesundheitspflege“ von Thiersch, „Schultergelenk“ von Kirchhoff, „Schwangerschaft von Kleinwächter (Litteraturverzeichnis von 605 Nummern!)“, „Scorbut“ von Riess, „Seckkrankheit“ von Rosenbach, „Sehprüfungen“ von Goldzieher, „Sepsis“ von v. Kahlden, „Sexuelle Perversionen“ von Kratter, „Sinnes-täuschungen“ von Sander, „Spina bifida“ von Marchand, „Spinallähmung“ v. Remak (Litteraturverzeichnis v. 432 Nummern!), „Sonnenstich“ von Meusehold u. s. w. — Im gleichen Verlage (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) giebt ferner seit einiger Zeit Prof. Behring „Beiträge zur experimentellen Therapie“ in zwanglosen Heften heraus. Dazu lieferte als Heft 2

jetzt Kerschbaumer „*Die Malaria nach den neuesten Forschungen*“ als Uebersetzung einer Arbeit von Celli, dem Director des Hygien. Instituts in Rom. Die hochbedeutende, auch durch Illustrationen geschmückte Arbeit sei zum Studium warm empfohlen. — Endlich erwähnen wir ein im gleichen Verlage erscheinendes grösseres Werk von Prof. Schneidemühl: *Die animalischen Nahrungsmittel*, ein Handbuch zu ihrer Untersuchung und Beurtheilung für Thierärzte, Aerzte, Sanitätsbeamte, Richter etc. Wie man schon aus dem vorliegenden 1. Hefte (das ganze Werk soll etwa 5 umfassen) ersieht, wird auch dieses, ebenfalls reich illustrierte Werk, zu den Büchern gehören, die der Praktiker besitzen muss. Die Wichtigkeit der darin behandelten Themen, sowie die Art und Weise, wie der Verfasser den etwas spröden Stoff klar und übersichtlich, interessant und fesselnd dem Leser vorzuführen versteht, die Vollständigkeit des Inhalts trotz maassvoller Kürze sichern dem Werke die beste Aufnahme auch in ärztlichen Kreisen.

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Ein Beitrag zur Lehre der Continuitätsinfectionen und der Contiguitätsentzündungen. Von Prof. Dr. E. Tavel, Director des bakteriologischen Institutes der Universität Bern, und Priv.-Doc. Dr. Otto Lanz, vormals I. Assistent der chirurgischen Klinik der Universität Bern. Preis 6 Mk.

Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Von Dr. W. Martig. Preis 3 Mk.

Aetiologische und klinische Beiträge zur Diphtherie. Von Priv.-Doc. Dr. Emil Feer. Preis 4 Mk.

Ueber Bilharziakrankheit. Von Priv.-Doc. Dr. L. Rütimeyer. Preis 2,40 Mk.

Zur Aetiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors. Von Prof. Dr. Max Stoeckli. Preis 3,20 Mk.

Ophthalmoskopische Studien. Mit 4 Farbentafeln. Von Dr. A. Siegrist. Preis 2,40 Mk.

Beiträge zur Schilddrüsenfrage. Mit 3 Abbildungen im Text und 12 Curven auf 3 lithogr. Tafeln. Von Dr. Otto Lanz. Preis 2,40 Mk.

Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskeleermüdung. Experimentelle Studien mit dem Mosso'schen Ergographen. Mit einer Abbildung und 55 Curven in Holzschnitt. Preis 2,40 Mk.

Schema des Faserverlaufes im Rückenmark

von

Dr. Emil Villiger.

Tafel und Text 1,20 Mk.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 11.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

August

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Agrypnie. Das auch von anderer Seite bereits erprobte neue Schlafmittel Dormiol, eine ölige, farblose, campherartig riechende und etwas brennend schmeckende Verbindung von Chloral und Amylenhydrat*), hat jetzt Dr. Peters (Luisenhospital zu Aachen) seit $\frac{3}{4}$ Jahren bei einer grossen Zahl der verschiedensten Fälle nachgeprüft. Unter den 45 Fällen befanden sich solche von functionellen Neurosen, Hemiplegie, Encephalopathia saturnina, Morbus Basedowii, Tabes, Phthisis, Emphysema pulmon., Vitia cordis, Enteritis, Lebercirrhose, Arthritis deformans, Abusus spirit., Reconvalescenz von Infectiouskrankheiten u. s. w. Die Patienten nahmen das Mittel stets ohne Widerwillen. *Unangenehme Nebenwirkungen traten nie auf.* In 7 Fällen trat keine Wirkung hervor; doch waren dies Fälle, die auch auf andere Schlafmittel nicht reagierten. *In 84 $\frac{0}{10}$ der Fälle*

*) Kalle & Co., Biebrich a. Rh.

bewirkte Dormiol Schlaf, ja besserte bei einem Theil die A. sogar dauernd. Besonders gute Dienste leistete es bei A. im Gefolge functioneller Neurosen. Selbst in Fällen, wo die A. ganz in den Mittelpunkt der neurasthenischen Beschwerden gerückt war, gelang es durch Dosen bis 1 g Schlaf zu erzielen. Ebenso bewährte sich Dormiol bei cerebralen und spinalen Leiden. Bei einer Paralysis agitans, wo sich nach der geringsten psychischen Erregung A. einstellte, wirkte es zu 0,5 g ganz prompt. Bei einer Encephalopathia saturnina wirkten erst 1,5 g, bei Morbus Basedowii 1 g. Bei Tabes blieb nach abendlichen Gaben von 0,5 g der Schlaf dauernd gut. Ebenso war die Wirkung bei Affectionen der anderen Organe; meist reichte sogar 0,5 g aus. Schlaf trat nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde ein. Selten musste man bis 1 g, noch seltener bis 2 g steigen. Dormiol ist auch *billig*.

Von Amylenhydrat kostet 1 g 0,10 Mk., die schlafmachende Dosis 3 g 0,30 Mk.

Von Trional kostet 1 g 0,25 Mk., die schlafmachende Dosis 1 g 0,25 Mk.

Von Paraldehyd kostet 1 g 0,05 Mk., die schlafmachende Dosis 4 g 0,20 Mk.

Von Dormiol kostet 1 g 0,10 Mk., die schlafmachende Dosis 0,5 g 0,05 Mk.
— 1,00 g — 0,10 Mk.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 14.)

- Ein neues Hypnoticum aus der Urethangruppe: Hedonal (Methyl-Propyl-Carbinol-Urethan) hat Dr. A. Schüller (Klinik Krafft-Ebing, Wien) bei 21 Pat. versucht, entweder als Pulver (Oblaten) oder in Lösung, und zwar in wässrigen Flüssigkeiten (am besten in heissem Pfefferminthee mit Zucker oder in alkoholischer Lösung:

Rp. Hedonal. 6,0
Spir. vin. dil.
Syr. cinnam. aa 30,0
Ol. carvi aether. gtt. II.

1 Esslöffel (= 1,5 g Hedonal) zu nehmen.

In flüssiger Form ist ein ziemlich unangenehmer Nachgeschmack zu spüren, doch scheint das Mittel so rascher zu wirken. Dosis: 1,5 g (bisweilen genügt 1 g, manchmal aber auch 2 g nöthig), etwa $\frac{1}{2}$ —2 Stunden nach der Abendmahlzeit zu geben. Schlaf trat zuweilen schon nach

$\frac{1}{4}$ Stunde, manchmal erst nach $1\frac{1}{2}$ Stunden ein, hielt 4 bis 9 Stunden an und war nicht verschieden von dem natürlichen. Nebenerscheinungen machte das Mittel fast nie (nur bisweilen Aufstossen nach dem Erwachen). Bei agitierten Geisteskranken und seniler A. bewährte es sich nicht. Am besten wirkte es bei leichteren Graden von A., besonders bei *Depressionszuständen*, *Neurasthenie*, *Hysterie*, *geistiger Ueberanstrengung*, und zeichnet sich da durch seine *Unschädlichkeit* aus. Autor schliesst: Hedonal gehört nicht in die Reihe der nahezu unbedingt verlässlichen Hypnotica: Paraldehyd, Trional, Chloralhydrat. Seine Wirksamkeit beschränkt sich vielmehr auf Fälle leichter A., in denen das Bedürfniss nach Ruhe und Schlaf vorhanden, sein Eintritt dagegen durch Erregungszustände im Gebiete des Grosshirnes erschwert ist. Auch überall dort, wo der Gebrauch des Paraldehyd seines Geruches und Geschmackes wegen, der des Chloralhydrats seiner Wirkung auf Herz, Gefässe und Athmung wegen unstatthaft ist, lässt sich Hedonal alternirend mit Trional erfolgreich, selbst auf längere Zeit, anwenden.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 23.)

— Auch Dr. P. Schuster (Prof. Mendel'sche Klinik Berlin) hat das von F. Bayer & Co. (Elberfeld) hergestellte Hedonal bei 38 Pat. in Dosen zu 2 g angewandt (es konnte ganz gut trocken auf die Zunge gelegt unter Nachspülung eines Schluckes Wasser ungelöst gegeben werden), nie davon unangenehme Nebenwirkungen, wohl aber unzweifelhafte Erfolge gesehen. Der Schlaf kam rasch, nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde und dauerte 5—7 Stunden. Das Mittel wurde freilich von vornherein nicht bei durch starke Schmerzen oder starke Erregungszustände bedingter A. ordinirt, sondern nur bei Zuständen von einfacher, leichter oder schwerer A., wie sie im *Gefolge von organischen oder functionellen Krankheiten* vorkommt; hier leistete es aber Gutes, wurde auch von allen Pat. selbst ungelöst gern und leicht genommen. — Prof. Eulenburg lobt ebenfalls das *Hedonal*, das er bei 49 Fällen versuchte. In leichteren Fällen erwies sich schon 1 g als ausreichend, um die Kranken für die ganze Nacht oder wenigstens 5—7 Stunden in Schlaf zu versetzen, in schwereren Fällen musste bis 1,5—2 g gestiegen werden oder zu einer Combination von Hedonal 1 g + Trional 0,5 g gegriffen werden. Autor liess das Pulver trocken auf die Zunge nehmen und mit $\frac{1}{2}$ bis

1 Theelöffel von aromatischem Zimmtwasser mit einigen Tropfen von Orangeöl nachspülen, was sich am besten bewährte. Nie wurden üble Folgen bemerkt. Manchmal fand auffallende Steigerung der Diurese statt. Die meisten Pat. mit *einfach neurasthenischer A.* waren von dem Mittel befriedigt. Ziemlich refractär verhielten sich die Pat. mit manischen Exaltationszuständen sowie solche, die wegen heftiger Schmerzen nicht schlafen konnten.

(Therap. Beilage Nr. 3 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1900.)

Alopecie. Seborrhoea capitis sieht Gessner als *Hauptursache* der A. an und empfiehlt dringend deren frühzeitige Behandlung. Den besten Erfolg sah er von folgenden Ordinationen:

Rp. Sulfur. praecip. 5,0—10,0
 Resorcin. 2,5—5,0
 Acid. salicyl. 1,5—3,0
 Tet. benz. 2,0
 Vaseline. ad 100,0
 M. f. ung.
 S. Abends einzureiben.

Rp. Resorcin. 1,0—2,0
 Chloral. hydr. 1,5—3,0
 Acid. tannic. 1,5—3,0
 Tet. benz. 1,0—1,5
 Ol. Ricin. 5,0
 Alcohol. ad 100,0
 S. Abends einzureiben.

(France méd. 1899, Nr. 22. —
 Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 30.)

— Ueber A. syphilitica macht Plonski eine Mittheilung, sich stützend auf Beobachtungen aus der Lassar'schen Klinik. Lassar selbst machte vor 2 Jahren auf die Wichtigkeit dieses Leidens namentlich in diagnostischer Beziehung aufmerksam und demonstrierte einige Fälle dieser Affection bei Männern. Jetzt führt Plonski Fälle bei *Frauen* vor und betont die grosse Schwierigkeit, welche die Erkennung dieses Phänomens bei Frauen selbst Erfahrenen oft bietet, und den hohen Werth desselben als diagnostisches Hilfsmittel. Früher sah man A. gar nicht als eigentliches Symptom der Lues an, sondern als Folgezustand; man glaubte, dass die Haare ausfallen in Folge einer Schwächung

des Organismus durch das syphilitische Gift oder in Folge andauernder Anwendung des Hg. Erst später erkannte man A. als wirkliches spezifisches Phänomen. Man untersuchte die Kopfhaut histologisch und kam zu Befunden conform den pathologischen Veränderungen, welche die Syphilis auch sonst in den Geweben setzt. Es handelt sich um eine entzündliche Erkrankung des unteren Theiles der Haarbälge und der angrenzenden Haut, welche eine secundäre Ernährungsstörung der Haare verursacht. Es giebt freilich 2 Gruppen von A. syphilitica, die *symptomatische* und *essentielle*. Erstere ist streng genommen gar keine A. syphilitica, da es sich um einen secundären Process handelt: die Kopfhaut ist eingenommen von syphilitischen Producten, Papeln, Gummen u. dgl., welche natürlich event. Haare und Haarwurzeln zerstören. Die Diagnose ist leicht: in frischen Fällen sieht man eben jene Producte noch selbst, später charakteristische Narben. Anders die essentielle A. syphilitica, wo die Kopfhaut da, wo die Haare ausgefallen sind, vollkommen normal ist. Zuerst bemerkt man hier ja innerhalb der normalen Kopfhaut zahlreiche lichte, d. h. noch mit spärlichen Resten dünner Haare besetzte Stellen, die längere Zeit neben einander bestehen, um dann zu confluiren. Bei Männern mit ihren kurzen Haaren ist das Leiden bald sichtbar, meist zu einer Zeit, wo am Körper selbst noch andere Merkmale der Lues etablirt sind. Anders bei Frauen, wo jene lichten Stellen nicht so rasch bemerkt werden. Wenn Frauen wegen der A. zum Arzt gehen, so sind wohl meist jene kleinen lichten Stellen bereits weg, und man hat einfach eine grössere oder kleinere kahle Stelle vor sich. Es sind da zwei Möglichkeiten: entweder die Frau kommt zu einer Zeit, wo die Lues noch frisch und äusserlich wahrnehmbar ist, d. h. in der Zeit von 8—12 Wochen nach der Infection, wo die A. meist einzusetzen pflegt; dann ist die Diagnose nicht schwer. Viel schwieriger ist sie, wenn der 2. gerade bei Frauen häufigere Fall eintritt, dass, wenn dieselben den Arzt aufsuchen, von anderen syphilitischen Erscheinungen wenig oder gar nichts mehr zu sehen ist und angeblich nie etwas vorhanden gewesen sein soll. Kommt es doch bei Frauen nicht selten vor, dass die Lues sich fast unbemerkt in den Körper eingeschlichen hat und fast abortiv verlief; der Primäraffect sass in der Vagina oder an der Portio und verheilte, ohne je gesehen worden zu sein, das Exanthem war sehr gering u. s. w. Die Pat. sind sehr überrascht,

wenn man ihnen von Lues spricht. Das Krankheitsbild spricht aber für sich selbst. Bei *A. arcata* ist die Grenze gegen die gesunde Kopfhaut haarscharf, bei der *A. syphilitica* undeutlich und verwaschen, bei letzterer hat der Haarausfall einen raschen, oft rapiden Verlauf, bei ersterer zieht er sich oft Wochen und Monate hin; bei *A. furfuracea* ist Schuppenbildung vorhanden, bei Herpes tonsurans und Favus ist die Kopfhaut an und zwischen den Herden meist auch entzündet, resp. aufgelockert, während die *A. syphilitica* in zahlreichen Flecken auftritt, die aber eine äusserlich durchaus normale Kopfhaut erkennen lassen. Trotzdem aber ist es sehr wichtig, Pat. welche wegen *A.* kommen, sämtlich auch am übrigen Körper genau zu untersuchen und auf ev. andere syphilitische Symptome zu fahnden.

(Berliner medic. Gesellschaft, 16. V. 1900. —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 23.)

Anaemie, Chlorose. Ueber einen mit Antistreptok

kokkenserum behandelten Fall von perniciosöser *A.* berichtet W. Elder. Vor kurzem hat Hunter betont, dass es sich bei dieser Affection um eine chronische Infection handle, die auf den Verdauungscanal beschränkt ist und hervorgerufen wird durch fortgesetztes Verschlucken von Eiterkokken aus cariösen Zähnen, Zahnfisteln u. dgl. Daraufhin injicirte nun Elder seinen Pat. von 3. II. bis 14. III. 18 mal je 10 cem Antistreptokokkenserum; ausserdem wurden nur Gurgelungen mit antiseptischen Mundwässern und intern zur Darmdesinfection Salol und Bismuth. salicyl. verordnet. Unter dieser Behandlung verschwanden alle Symptome und veränderte sich besonders der Blutbefund, der genau vor und nach der Behandlung controlirt wurde, so, dass eine directe Beeinflussung derselben eclatant hervortrat.

(Lancet, 26. IV. 1900. — Münchner med. Wochenschrift 1900 Nr. 22.)

— Sanguinal-Krewel hat Dr. V. Reichsparg (Wien) in zahlreichen Fällen angewandt und war mit dessen Wirkung sehr zufrieden. 100 Theile Sanguinal enthalten 10 Theile chemisch reines Haemoglobin, 46 Theile natürliche Blutsalze und 44 Theile Muskelalbumin. Jede Pille aber enthält das Aequivalent von 5 g frischen Blutes. Die Pillen sind leicht löslich, also auch leicht in Wasser oder Wein zu nehmen. Erwachsene erhalten 3 Mal täglich 2—3 Stück (aber auch

bis 15 und 20 pro die werden gut vertragen), Kinder 2—3 Mal täglich 1—2 Stück, am besten $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden vor den Hauptmahlzeiten, da sie so ihre *stark appetitanregende Wirkung* entfalten können. Es wurden so 37 Fälle von *genuiner A.* behandelt. Stets machte sich die überraschende Wirkung geltend, indem nicht nur subjectiv die Beschwerden schwanden, sondern auch die objectiven Erscheinungen und die Blutuntersuchung zeigten, dass Heilung eingetreten sei. Auch *Kinder* (14 Fälle) vertrugen die Pillen ausgezeichnet und wurden geheilt. Ebenso war es mit der *Chlorose* (48 Fälle) und den *secundären Anaemieen* (56 Fälle). Besonders eclatant war der Effect bei Schwächezuständen, z. B. in der *Reconvalescenz* (nach Typhus, Pneumonie etc.). Bei *Scrophulose* und *Rhachitis* wandte Autor auch mit promptem Erfolge die hergestellten *Sanguinalcombinationen* an, Pillen mit *Kreosot* und *Jod*, welche letzteren sich auch im Nachstadium der *Syphilis*, bei stark heruntergekommenen und anaemisch gewordenen Pat. bestens bewährten. Autor kommt zu dem Résumé: Sanguinal Krewel muss als ein ausgezeichnetes, bisher durch kein anderes Eisenmittel auch nur annähernd erreichtes, vortrefflich wirksames Präparat bezeichnet werden, welches wegen seiner absolut verlässlichen und nie versagenden Wirkung als eine der werthvollsten Bereicherungen des Arzneischatzes zu gelten hat.“

(Wiener medic. Blätter 1900 Nr. 20.)

— Ueber Behandlung der Chlorose giebt Prof. Grawitz (Charlottenburg) seine Ansichten kund: Vergleicht man das allgemeine Symptomenbild bei einer Chlorotischen mit dem eines einfach anaemischen Mädchens, so tritt als charakteristisch bei der ersteren eine grosse Reihe nervöser Störungen hervor, die sich in Anomalieen des physischen Verhaltens der Secretionsverhältnisse verschiedener Organe, des vasomotorischen Apparates, der Function der höheren Sinnesorgane, in Neuralgien u. dgl. äussern, die bei einfachen Anaemieen selbst schwerer Natur nicht auftreten, also nicht ohne Weiteres aus der Verschlechterung der Blutmischung zu erklären sind. Das Blut zeigt bei den gewöhnlichen uncomplicirten Fällen transitorischer Ch. keine nennenswerthe Verarmung an rothen Zellen, auch keinerlei degenerative Veränderungen, welche für einen gesteigerten Zellerfall sprächen, sondern als einzige charakteristische Veränderungen an den Zellen einen *abnorm geringen*

Haemoglobingehalt, der sich in auffälliger Blässe und vielfach in Gequollensein der Zellen äussert. Wichtig ist ferner der *Reichthum des Blutes an Plasma*, welches die Hauptmasse des Blutes Chlorotischer ausmacht und ausserdem als Gewebsflüssigkeit in abnormer Menge in den Organen angehäuft ist. Diese Veränderungen sprechen nicht dafür, dass das Blut selbst bei der Ch. das primär erkrankte Organ ist. Ebenso wenig finden sich im Knochenmark Veränderungen, die wir bei Leukämie oder pernicioser Anämie antreffen. Berücksichtigt man auf der einen Seite die ätiologischen Momente, welche das Entstehen der Ch. begünstigen, andererseits die specifischen Symptome der Krankheit selbst, so können alle die Theorien, welche die Ch. auf Intoxicationen von diesem oder jenem Organe her zurückführen, nicht für stichhaltig erachtet werden, da die verschiedenen Organe, welche man als Bildungsstätten der hypothetischen toxischen Stoffe angesehen hat (Darm, Ovarien, Thymusdrüse), unzweifelhaft bei einer grossen Zahl von Chlorotischen normal functioniren, mithin eine Verallgemeinerung der Intoxicationshypothese, die für den einzelnen Fall vielleicht einige Wahrscheinlichkeit für sich hat, nicht durchzuführen ist. Man muss vielmehr annehmen, dass bei der Ch. *mehr die Blutgefässe als das Blut selbst in ihrer Function krankhaft verändert sind*, dass *infolge einer Anomalie in der Function des vasomotorischen Nervenapparates die Regulirung des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben gestört ist*. Hiernach würde sich die Haemoglobinararmuth der einzelnen rothen Blutzellen einfach durch die Polyplasmie der Organe erklären, indem eben im Knochenmark die Zellen in ihrer Entwicklung dadurch geschädigt werden, dass sie durch Flüssigkeitsaufnahme quellen und so unvollkommen haemoglobinhaltig werden. Ch. wäre also als *Theilerscheinung einer allgemeinen Neurose* anzusehen; dieselbe ist in den Pubertätsjahren besonders eigenthümlich und kommt auch beim männlichen Geschlecht vor. Man beobachtet ziemlich häufig ein spontanes Verschwinden der Ch. nach Beseitigung der Momente, die ihre Entstehung begünstigt haben. Diese Spontanheilung kann man besonders in der Grossstadt an jungen Mädchen dienenden Standes beobachten, welche auf dem Lande oder in der Kleinstadt herangewachsen sind und in die Grossstadt gekommen chlorotisch werden, trotzdem sie hier besser essen und wohnen und kaum schwerer arbeiten. Schickt man solche Mädchen in die Heimath zurück, so schwindet

oft sehr rasch die Ch. Im Uebrigen hat man eingedenk der Aetiologie therapeutisch vor allem das *Nervensystem* zu berücksichtigen und diesbezügliche Schädlichkeiten hintanzuhalten. Es kommen hier namentlich physische Momente in Frage, die auf das jugendliche Nervensystem und Geistesleben ungünstig eingewirkt haben. Freilich ist es oft dem Hausarzt nicht leicht, in diesen wichtigen Punkten Klarheit zu erlangen, woraus es sich erklärt, dass so manche Ch. hartnäckig jeder Therapie trotzt. Wenn es gelingt, solche Pat. aus den häuslichen Verhältnissen zu entfernen und in eine geeignete Heilanstalt zu bringen, so ist das Spiel gewonnen. Für den Beginn empfiehlt sich völlige Bettruhe auch bei solchen mittelschweren Chlorotischen, bei denen noch keine ausgesprochenen Erscheinungen von Hirnanaemie, wie bei den schwereren, auftreten. Die Circulationsverhältnisse stellen sich bei Bettruhe günstig wieder her, die Oedeme schwinden rasch etc. *Aderlässe* sind bei Ch. ein heroisches Mittel, das nur vereinzelt Anwendung verdient, wenn auch die Schweisseruption, die danach zu folgen pflegt, besonders bei Pat. mit gedunsenem Aussehen, recht zweckmässig die Circulation entlastet. Man bedarf aber dazu des Aderlasses nicht, vielmehr genügen *heisse Bäder mit nachfolgender Schwitzprocedur* vollkommen, um in manchen Fällen in der ersten Zeit wesentliche Erleichterung der Symptome herbeizuführen. Sehr wichtig ist Regelung des Stuhlganges (einige Wochen regelmässig salinische Abführmittel!) und die *Ernährung*. Milch ist besonders empfehlenswerth (ev. mit Zusatz von Cacao, Chocolate oder Ziegenmilch), daneben leicht verdauliche Fleischspeisen (geschabtes rohes oder scharf angebratenes Ochsenfleisch, leichtes Geflügel, magere Fische), grüne Gemüse (Spinat, Schoten, Bohnen) erst in geringer, dann allmähig grösserer Menge, piquante Delicatessen ein wenig (zur Anregung des Appetits!). Alcoholica möglichst zu meiden (allenfalls kleine Mengen Porter- oder Malzbier). Medicamentös steht das *Eisen* obenan, doch hat Autor, von der nervösen Aetiologie ausgehend, eine ganze Anzahl Chlorotischer ohne Eisen, nur mit Bettruhe, Diät, anfangs Schwitzbädern, später hydropathischen Abreibungen, Brom, Valeriana etc. behandelt und dabei recht gute Erfolge gesehen. In anderen Fällen musste man Eisen zu Hülfe nehmen, das also nicht als Specificum, wohl aber als Unterstützungsmittel der Cur seinen Ruf verdient. Sehr leicht verdaulich und prompt wirkend ist vor allem *Liq. ferri sesquichlorat.* (tropfenweise in

Wasser). Daneben kann man Chinin oder Arsen (Roncegno-, Levicowasser) geben. Von Organpräparaten ist nicht viel zu erhoffen. Neben der allgemeinen diätetischen und medicamentösen Behandlung ist es zweckmässig, solange die Pat. das Bett hüten, durch leichte Massage der Extremitäten die Circulation zu unterstützen; später kommen kühle feuchte Abreibungen mit nachfolgender Frottirung erst für den Oberkörper, dann für den ganzen Körper in Anwendung. Sehr vorthellhaft wirkt Aufenthalt in Eisenbädern (Schwalbach, Cudowa, Driburg, Reinerz, Charlottenbrunn, Muskau, Liebenstein, Kohlgrub, Levico, ebenso im Harz, dem Thüringer- und Schwarzwald, den Ostseebädern (Nordsee wirkt oft nicht günstig, desgleichen das Höhenklima). In den meisten Fällen wird dadurch auch bei den chronischen Formen Heilung erzielt. Freilich giebt es eine Zahl von Fällen, bei denen jede Therapie machtlos ist. Es handelt sich nicht um die pastösen Mädchen mit gelbgrünlich schimmernder Haut, sondern um häufig fettarme Pat. mit sehr zarter, blass durchschimmernder Haut, bei denen häufig schon die oberflächlichen Hautgefässe auffallend schwach entwickelt erscheinen, oft aber auch sich tiefere anatomische Veränderungen, vor allem Hypoplasie des Herzens und der grösseren Gefässe finden. Solche Pat. sind sehr wenig widerstandsfähig und unterliegen leicht intercurrenten Erkrankungen. Es ist daher besonders *prophylaktisch* wichtig, dass man da beginnt einzuwirken, wenn die anatomischen Grundlagen dieser schweren chlorotischen Zustände sich ausbilden, in der ersten Jugendzeit, wo das Gefässsystem sich unter dem Reize vermehrter Muskelthätigkeit kräftig ausbilden soll. Jene Mädchen, welche von Kindheit auf in elegante, beengende Kleidung gesteckt werden und an jeder freien, lebhaften Bewegung behindert werden, sie müssen chlorotisch werden! Man lasse sie *im Freien tüchtig herumspringen*, wie Knaben, dann wird die Ch. seltener werden! Daneben müssen freilich noch andere Fehler vermieden werden: Das Füttern mit Leckereien und schwer verdaulichen Nahrungsmitteln, das späte Zubettgehen, die Ueberladung mit geistigen Arbeiten, erregende Lecture, Genuss der Alcoholica etc. Wenn man hier energisch vorgeht, dabei durch ausgiebige Muskelthätigkeit im Freien, Sport, Ballspiel, Beschäftigung in Garten und Land u. dgl. das Gefäss- und Nervensystem stählt, wird man eine wirksame Prophylaxe treiben.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1900.)

Anaesthesie, Narkose. Orthoform wandte Bardet bei 2 Fällen von schmerzhafter *Fissura mammae* in Pulverform mit Erfolg an. Wo Schmerzhaftigkeit ohne offene Stellen besteht, muss man folgende Lösung benützen:

Rp. Orthoform. 5,0
Ol. amygd. dulc. 20,0
Aether. sulfur. q. s.

Wäscht man die Brust vor jedem Saugact mit 20 %iger alkohol. Lösung ab, so sind Intoxicationen ausgeschlossen. Auch bei trockenen excoriirten *Hämorrhoiden* und bei *Fissura ani* ist Orthoform als Anaestheticum sehr nützlich. Man kann es hier in Pulverform (mit Jodoform aa) benützen oder als Salbe:

Rp. Orthoform 10,0
Zinc. oxyd.
Ol. Olivar.
Cerat. alb. aa 20,0
Bals. peruv. gtt. X.

(Société de Thérapeutique, Paris 2. II. 1900. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 11.)

— Dionin wurde in der Senator'schen Klinik (Berlin) seit 1 Jahr bei über 200 Pat. angewandt, und theilt jetzt Stabsarzt Dr. Bornikoel die Resultate mit. Es wurde zunächst sowohl bei acuten, wie chronischen *Erkrankungen der Athmungsorgane* (Bronchitis, Pneumonie, Phthisis pulmon. et laryng.), Abnahme des Hustenreizes beobachtet, und zwar ohne Erschwerung der Expectoration. Die Pat. erhielten entweder Abends 0,015—0,02 innerlich oder subcutan oder 0,02—0,04 im Laufe eines Tages einem Expectorans zugesetzt. Gegen *Brechreiz resp. Erbrechen* wurde Dionin mit gutem Erfolg bei 2 Pat. angewandt, welche an Tuberculose der Lungen und des Darmes litten. Zur Linderung von *Schmerzen* wurde Dionin bei den verschiedensten Erkrankungen erfolgreich benützt, besonders bei schmerzhaften Erkrankungen der weiblichen Genitalien (Parametritis, Carcinoma uteri etc.). Pat. mit acutem Gelenkrheumatismus waren nach 0,015—0,02 g mehrere Stunden schmerzfrei. Auch bei Pleuritis, Ulcus et Carcinoma ventriculi bewährte sich Dionin. Im Allgemeinen wurde das 1½fache der üblichen Morphiungaben verabfolgt zunächst also meist 0,015. Auch bei Tabes mit gastrischen Krisen wirkte das Mittel prompt; meist genügte 0,03 g subcutan gegeben,

um die durch die Krise bedingten Beschwerden auf Stunden zu beseitigen und dem Kranken so event. über die Krise wegzuhelfen. Auch als *Schlafmittel* versagte Dionin nicht; wenn auch ein tiefer betäubungsartiger Schlaf nicht eintrat, so kam es doch bei Pat., welchen infolge allgemeiner Unruhe (Nervosität, Fieber, Herzfehler u. dgl.) Schlaf fehlte, zur Beruhigung und Schlaf, wozu sogar vielfach 0,015 bis 0,02 g genügten. Die Wirkung des Dionin trat in der Regel rasch ein, indem bei subcutaner Verabreichung nach 15 Minuten bereits Schmerzstillung resp. Beruhigung sich geltend machte. Euphorie, wie nach Morphinum so häufig, zeigte sich nie. 2mal kam es zu einem rauschartigen Zustand. Erbrechen, Uebelkeit, auch sonstige unangenehme Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. Gewöhnung an das Mittel scheint nicht leicht einzutreten, weder in dem Sinne, dass die Dosen bei längerem Gebrauch gesteigert werden müssen, noch in dem, dass den Pat. das Medicament zum Bedürfniss wird; das Dionin wurde daher auch bei *Morphium-Entziehungscuren* bereits mit Erfolg benutzt. Die Verabreichung des Dionin geschah in der Klinik intern als Lösung (tropfen- oder esslöffelweise), und zwar meist ohne Corrigens, da der leicht bittere Geschmack nicht unangenehm ist. Bei der hohen Löslichkeit kann man zur subcutanen Einspritzung eventuell recht concentrirte Lösungen verwenden; die Injection ist schmerzlos. Auch in Suppositorien wurde das Mittel mit Erfolg gegeben. Autor schliesst: „Nach unseren Beobachtungen komme ich zu dem Schluss, dass das Dionin an Stelle des Morphinum überall verwendet werden kann, soweit es sich nicht um Erzielung einer raschen narkotischen Wirkung handelt, dass das Dionin im Ganzen mildere Wirkung als das Morphinum hat und dass das Dionin Euphorie nicht oder wenigstens nicht so leicht wie Morphinum hervorruft. Ob alle Gefahren oder unangenehmen Nebenwirkungen, welche das Morphinum gelegentlich mit sich bringt, bei dem Dionin ausgeschlossen sind, darüber zu urtheilen bedarf es noch längerer Erfahrungen, aber als eine erfreuliche Erweiterung des Arzneischatzes wird die Einführung des Dionin angesehen werden.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1900.)

- Dionin hat Dr. W. Salzmann (Warschau) bei zahlreichen Phthisikern und bei sonstigen chron. Lungenkranken angewandt, wo durch die verschiedenen Expectorantia und

Narcotica keine besondere Erleichterung verschafft werden konnte. Seine Erfahrungen résumirt er in folgenden Sätzen:

1. Das Dionin besitzt in hohem Grade *narkotische* Eigenschaften und bewährt sich dadurch bei allen Brustkranken, deren Schlaf durch quälenden Husten gestört ist; so habe ich auch die besten Erfolge von diesem Narcoticum bei Phthisikern gesehen, deren qualvollstes Symptom unaufhörlicher Hustenreiz und dadurch veranlasste Schlaflosigkeit waren; wo sonstige Narcotica, wie Codein, Peronin, Heroin und Morphin, im Stiche liessen, zeigte das Dionin seine prompte Wirkung schon nach kleinen Gaben; es milderte den Husten und verschaffte ruhigen Schlaf.

2. Das Dionin befördert die Expectoration und zeigt somit eine die secretorische Thätigkeit der Bronchialdrüsen unterstützende Wirkung; es kann daher als *Expectorans* bei vielen Lungenkranken verordnet werden.

3. Das Dionin hat schmerzstillende Wirkung, beseitigt Brustschmerzen und Seitenstiche, kann dadurch als *Analgeticum* gereicht werden; so habe ich bei Phthisikern das so häufige *Seitenstechen* bekämpft und auch bei *Cholelithiasis* und *Nephrolithiasis* die Koliken beseitigt.

4. Das Dionin hemmt in gewissem Grade die Thätigkeit der Respirationmuskeln, beseitigt so die *Dyspnoë* und kann als *Antispasmodicum* bei *Asthma bronchiale* angewendet werden, ebenso bei *Emphysem* und *Bronchitis chronica*, bei welchen die *Dyspnoë* durch kein anderes Mittel so schnell und sicher wie durch Dionin gemildert wird.

Dosirung: 0,02 pro dosi, 0,1 pro die, in folgenden Formen:

Rp. Dionin. 0,3
Aq. dest. 60,0
S. 3 Mal tägl. 1 Theelöffel.

Rp. Dionin. 0,4
Aq. Lauroc.
Aq. dest. aa 10,0
S. 2 Mal tägl. 20 Tropfen.

(Wiener medic. Presse 1900 Nr. 24.)

— Ueber Aethylchloridnarkose lässt sich Dr. E. Rohn (Dermatolog. Klinik Prag) aus auf Grund von 60 eigenen Narkosen. In grösserem Maassstabe wurde diese Narkose zuerst in der v. Hacker'schen chirurg. Klinik (Innsbruck) benützt, später vielfach von Zahnärzten, so dass jetzt weit über 2500 Narkosen gemacht sein werden, und zwar mit nur *einem* Todesfall (hochgradige Sklerose der Coronar-

arterien und Degeneration des Herzens). Rohn hatte es meist mit Incisionen und Excochleationen erweiterter Leisten-drüsen zu thun, einer kurzen aber sehr schmerzhaften Operation, bei der einerseits die Chloroformnarkose nicht gerechtfertigt erscheint, andererseits die Localanaesthesie fast ganz im Stich lässt. Bei dieser, sowie bei einigen anderen Operationen, wie Phimosenoperation, Paquelinisirung tuberculöser Hautparthieen u. dgl. erwies sich die Aethylchloridnarkose als vollkommen zweckentsprechend. Das Aethylchlorid oder *Kelen* (benützt wurde das Präparat der franz. Firma Gilliard, Monnet & Cartier) hat anderen Narcoticis gegenüber folgende *Vortheile*:

1. Der rasche Eintritt der Narkose (nach circa 1½ Minuten).

2. Sofortiges Erwachen nach Aufhören der Narkose. Der Uebergang aus dem Stadium des Schlafes in das des Erwachens ist ein momentaner; die Pat. öffnen, sobald man die Maske weggenommen hat, sofort die Augen, beantworten Fragen, sind jedoch noch einige Minuten analgetisch (vortheilhaft für event. Ausspülen der Wunden, Verband etc.).

3. Nichtbeeinflussung der Athmung und Herzthätigkeit. Im Allgemeinen Athmung etwas frequenter und tiefer als im wachen Zustande, nie aber Athemstillstand, Cyanose, Glottiskrampf etc., ebenso nie beunruhigende Veränderung des Pulses, sodass man auch bei Phthise, Bronchitis, Vitium cordis, Nephritis ruhig narkotisiren kann, zumal auch die Secretion der Respirationsschleimhaut nicht gesteigert wird.

4. Geringe Excitation. Dieselbe ist stärker bei Potatoren und Hysterischen, bei denen diese Narkose überhaupt schwieriger ist.

5. Fehlen übler Nachwirkungen. Nach der Narkose befinden sich die meisten Pat. bald ganz wohl; auch Erbrechen ist selten.

Die Reflexe sind meist erhalten, waren die Cornealreflexe erloschen, so wurde mit der Darreichung des Kelens bis zu ihrem Wiederauftreten pausirt. Die Muskelreflexe sind meist ziemlich stark ausgeprägt, sodass wegen der häufig bestehenden Muskelspannung diese Narkose für Operationen, die eine vollständige Muskelerschlaffung erfordern, nicht geeignet ist. Ebenso eignet sie sich nicht für längere Operationen. Auch ist der Preis des Kelens ziemlich hoch (Narkose von 10 Minuten 1 Gulden). Dies die *Nachtheile*. Die *Technik* ist einfach. Vorbereitungen wie allgemein

üblich, doch brauchen die Pat. nicht völlig nüchtern zu sein, sondern es genügt, wenn sie einige Stunden vorher keine festen Speisen zu sich genommen haben. Wichtig ist, dass im Operationsraume völlige Ruhe herrsche; durch Beruhigung des Pat. und Aufforderung, langsam und tief einzuathmen, trägt man sehr zum raschen Eintritt der A. bei. Als Maske diente der Breuer'sche Korb, auf den man zunächst etwa 5 g giesst, um ihn dann fest aufs Gesicht aufzudrücken. Athmet der Pat. nun tief ein, so folgt bald ein kurzes Excitationsstadium, und nach diesem ist er schon anaesthetisch. Man giesst nun je nach Bedarf Kelen nach; die verbrauchte Menge betrug 2—3 g pro Minute, die Dauer der Narkosen 2—21 Minuten die erzielte A. war stets eine vollständige. Die Aethylchloridnarkose wird sich besonders dort eignen, wo wegen Kürze der Operation eine Chloroform- oder Aethernarkose nicht gerechtfertigt erscheint oder wegen bestehender Lungen-, Herz- oder Nierenaffection nicht gewagt werden kann, eine Localanaesthesie aber nicht anwendbar ist und der Pat. eine Narkose wünscht. So angewendet dürfte dies Narcoticum bald ein wichtiges Hilfsmittel für den Chirurgen werden.

(Prager med. Wochenschr. 1900 Nr. 21.)

Angina. Ueber den Zusammenhang zwischen A. und Endocarditis lässt sich Dr. Roeger (Stuttgart, Marienhospital) aus. Seit einer Reihe von Jahren wurden dort Fälle von A. beobachtet, bei welchen im Verlauf der Erkrankung ein Geräusch am Herzen wahrzunehmen war, und hat Autor alle seit 1896 vorgekommenen Fälle zusammengestellt. Die beobachteten 120 Fälle vertheilten sich unter die verschiedenen bekannten Formen der A., ohne dass sich bei den mit einem Herzgeräusch complicirten ein Vorwiegen der einen oder anderen Form constatiren liess. Der einzige bemerkenswerthe Befund an den Tonsillen dürfte vielleicht das Auftreten herpesartiger Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Mandeln und der benachbarten Parthieen der Wangen- und Gaumenbogen sein. Es zeigten sich gleich zu Beginn der Erkrankung Bläschen, kleinstecknadelkopfgross, graugelblich durchscheinend, mit gelblichem, klarem Inhalt, welche, einzeln oder in Gruppen angeordnet, am 2.—3. Tage platzten und einen seichten Schleimhautdefect hinterliessen, der entweder mit einer kleinen Kruste bedeckt war, meist jedoch gerötheten Grund zeigte. Diese Efflorescenzen wurden in 13 von 24 mit Herzgeräuschen complicirten Fällen beobachtet,

wobei in 5 Fällen gleichzeitig ein Herpes facialis resp. labialis vorhanden war. Was nun das Auftreten eines Geräusches am Herzen betrifft, so lassen sich Fälle unterscheiden, welche bei der Untersuchung sofort nach der Aufnahme noch reine Herztöne hatten, und solche, welche schon mit mehr oder minder ausgesprochenem Geräusch ins Spital kamen. Von ersterer Gruppe sind 10 Fälle notirt, davon zeigten 4 am 2. Tage, 4 am 3. und 2 am 4. Tage nach der Aufnahme ein deutliches Geräusch. Dasselbe wurde, wie ermittelt wurde, 1—5 Tage, durchschnittlich am 3. Tage, nach Auftreten der ersten Symptome von A. gehört. In 9 Fällen der 2. Gruppe wurde ein Deutlicherwerden des Geräusches beobachtet. Von den 10 Fällen der 1. Gruppe war bei 5 das Geräusch bei der Entlassung verschwunden, während bei den 5 anderen ein Persistiren nach vollständigem Ablauf der übrigen Symptome constatirt wurde (es dauerte da, wo es wieder verschwand, 7—30 Tage, durchschnittlich 17; die ganze Erkrankung nahm durchschnittlich 24 Tage in Anspruch). Rechnet man noch 14 weitere Fälle, bei welchen nur aus der Anamnese das Auftreten von Herzklopfen zu Anfang der Erkrankung erhoben wurde und sich schon ein ausgesprochenes Geräusch fand, so stellt sich die Zahl der Fälle, bei welchen das Geräusch wieder verschwand, auf 14, ein persistirendes Geräusch zeigten 10. Am deutlichsten war das Geräusch in der Mehrzahl der Fälle als systolisches an der Herzspitze zu hören, in einigen am linken Sternalrand im IV. Intercostalraum. Die Erkrankten waren durchwegs jugendliche Personen (16—30 Jahre alt), meist weiblichen Geschlechts (die wenigen Männer waren blutarme, gracile Individuen). Bei 120 Fällen von A. wurde in 24 ein Geräusch beobachtet. (Fälle von A. mit Gelenkrheumatismus oder -Schwellungen, wie sie öfter vorkommen, sind hier nicht mitgerechnet). Der nicht geringe Procentsatz (8 2/3%) der Fälle, bei welchen im Verlauf der A. ein fortdauerndes Herzgeräusch, also ein „Herzfehler“ acquirirt wurde, spricht dafür, dass wir es hier mit einer echten *Endocarditis* zu thun haben. (Dieselbe hatte vereinzelt auch recht bedenkliche Erscheinungen zur Folge!) Behandelt wurde dieselbe mit strenger Bettruhe, Eisbentel, Vermeidung aufregender Getränke u. s. w.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 8.)

— Dass oft die Mandeln als Eingangspforte für Infectionserreger in den Organismus functioniren, zeigt wieder ein

von G. Aue beobachtete Fall. Ein 11jähr. Mädchen bekam eine einfache A., die sich mit *Gelenkrheumatismus*, *Endocarditis*, *Erythema nodosum* complicirte. Ursache dieser Allgemeininfektion war zweifellos der *Staphylococcus pyogenes aureus*, der sich in beiden Agarculturen von beiden Mandeln vorfand.

(Boletschnaja gazeta Botkina 1900 Nr. 2/3. —
 Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1900 Nr. 5.)

Arthritis urica. Das neue Gichtmittel Sidonal wurde von uns schon erwähnt*), indem Privatdoc. Dr. Blumenthal (Leyden'sche Klinik) die Resultate seiner Versuche mittheilte. In der Discussion ergriffen das Wort: zunächst Prof. v. Leyden selbst, der u. A. Folgendes sagte: Es ist unstreitig, dass es sich hier um ein ausserordentlich merkwürdiges und bedeutsames Präparat handelt, welches im Stande ist, die Bildung der Harnsäure im Körper sehr erheblich herunterzusetzen. Für die Praxis ist aber ein Gichtmittel, welches auch wissenschaftlich begründet ist, dringendes Bedürfniss. Gewisse französische Mittel, z. B. die Laville'schen, sind ja in der Praxis vielfach gebräuchlich und erfreuen sich eines Rufes, doch liegt eine wissenschaftliche Begründung der Wirkung nicht vor. In der Gichtfrage ist ja noch sehr Vieles dunkel, doch spielt zweifellos die Harnsäure bei der A. eine erhebliche Rolle. Sidonal wird in Dosen von 5 g pro die sehr gut vertragen und unterscheidet sich darin vortheilhaft vom Uricidin, das leicht Durchfälle macht, auch hat es sich therapeutisch gut bewährt, so dass die Pat. Vertrauen zu dem Mittel gewonnen haben. — J. Meyer (Karlsbad) hat Sidonal bei 10 Fällen versucht: 3 Fälle waren typische A. (grosse Zehe), 2 mal handelte es sich um A. im Knie, 5 mal um *Nierenconcretionen* mit dauernden Schmerzen in der Nierengegend (die auch sehr druckempfindlich war) und zeitweiser Ausscheidung reichlicher Mengen von Harnries. Tägliche Dosis 5 g (in wässriger Lösung zur Hälfte Vor-, zur Hälfte Nachmittags), durchschnittlich 7 Tage lang gegeben. Nie lästige Nebenerscheinungen, ausnahmslos günstige Beeinflussung der Affectionen. Die Anfälle der A. verliefen rascher als sonst, Schmerzen und Schwellungen verschwanden relativ schnell, Beweglichkeit trat viel früher ein als sonst. Auch bei den Nierenconcretionen war der Erfolg zufriedenstellend. Ewald

*) S. Excerpta d. J., S. 414.

gab das Präparat bei Fällen, bei denen eine sehr reichliche Ausscheidung von Harnsäure und Harngries bestand, z. B. bei solchen Fällen von zweifelloser Nierenreizung, ferner bei einem Falle von Leukämie, bei dem sehr reichliche Harnsäureausscheidung stattfand. In allen 4 Fällen hellte sich der Harn ganz auffallend auf und blieb theilweise so auch nach Aussetzen des Mittels. Auch die Schmerzen beeinflusste Sidonal in einem Falle deutlich. Es wurde stets gut vertragen. — Goldscheider berichtet von 2 Fällen von A., wo er Sidonal verwandte. Bei dem einen handelte es sich um einen 58jährigen Pat., der seit 1872 an A. leidet, von der allmählig fast alle Gelenke ergriffen wurden. Pat. hat fast jedes Jahr einen Anfall und hat die meisten Mittel ohne Erfolg benützt. Jetzt bekam er 4 Tage lang je 5 g Sidonal. Schon am 1. Tage fiel ihm die Besserung seines Appetites auf; nach 3 Tagen Schmerzen fast ganz verschwunden, Gelenke bedeutend abgeschwollen; nach 9 Tagen Beschwerden ganz weg, Tophi wesentlich verkleinert. Der 2. Pat. 83 Jahre alt, seit 40 Jahren mit A. behaftet, wird seit einigen Jahren besonders stark davon geplagt und bekommt jetzt, bei einer acuten Exacerbation, 5 g Sidonal pro die. Nach 3 Tagen begann die Besserung, nach 5 Tagen Schwellungen völlig weg, Schmerzen nur noch beim Gehen. — E. Meyer theilt ebenfalls 2 Beobachtungen mit. Die eine betrifft Geheimrath B. Fraenkel, der Sidonal an sich selbst erprobte und fand, dass der Gichtanfall unter Sidonal schneller verlief, als alle früher. Auch im 2. Falle bewährte sich Sidonal besser, als alles früher Angewandte.

(Verein f. Innere Medicin Berlin, 5. III. 1900. —
Die medicin. Woche, 12. März 1900.)

— Auch Dr. Schlager (Berlin) gab Sidonal in 5 Fällen von chron. arthritischen Veränderungen. Stets wurde es gut vertragen (je 2 g Vormittags und Nachmittags in 1 Glas Selterswasser) und besserte die Beschwerden; Schwellungen und Tophi verkleinerten sich. Mehrere Pat. hatten seit Jahren alle in- und ausländischen Gichtmittel durchprobirt und standen daher zunächst dem Sidonal recht skeptisch gegenüber. Auch bei einem Falle von Absonderung von Nierensand und kleineren harnsauren Concrementen nebst Schmerzen in der Nierengegend bewährte sich das Präparat; die Schmerzen verschwanden, der Urin wurde klar.

(Therapie der Gegenwart, Mai 1900.)

Augenentzündungen. Allgemeine Quecksilberbe-

handlung bei scrophulösen Augenleiden empfiehlt auf Grund mehrjähriger Erfahrungen Dr. Heddaeus (Essen). Am besten wirkt eine *Schmiercur*. Man reibt täglich 0,5—1,0 Ung. einer. nach einem Bad in den Rücken oder die Oberschenkel 10 Minuten ein (bei Kindern unter 1 Jahr verbindet man zweckmässig 1 Theil der Salbe mit 1—2 Theilen Sapo calin. vernal.). Wo die Bäderbehandlung nicht regelmässig durchführbar, kommt man auch mit der internen Darreichung von *Calomel* aus, das man pro die zu soviel Milligramm, als das Kind Monate, zu soviel Centigramm als es Jahre zählt, giebt (über 5 Jahre steigere man langsam weiter!). Diese Therapie ist nicht nur für die A. (wo meist jede locale Behandlung überflüssig wird), sondern für *Scrophulose überhaupt* empfehlenswerth. Je früher dieselbe einsetzt, desto rascher die Erfolge.

(Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges, 26. IV. 1900.)

— **Ichthyol bei Trachom** lobt sehr Dr. Ebersson (Tarnów).

Man kann 2 *Formen* des Trachoms unterscheiden: Die *trockene* und *succulente*. Bei der ersteren Conjunctiven ziemlich blassroth, manchmal weissglänzend, Oberfläche mit Granulis dicht besät oder aber mit Inseln, die dunkler gefärbt erscheinen, und die meist winzigen Körner enthalten. Dies die leichtere Form. Die andere, prognostisch quoad valetudinem completam schlimmere, meist schon äusserlich erkenntlich: Lider schwer herabfallend, Lidspalte schmal; Bindehaut des Oberlides dunkelroth und hypertrophisch, stark secernirend, glänzend, feucht, mit Körnern meist grossen Kalibers; sehr oft Distichiasis oder sogar Atrichia; sehr starke subjective Klagen; grosse Neigung zu Complicationen seitens der Cornea und Conjunctiva bulbi. Während bei der 1. Form der Cuprumstift wirksamer, ist bei der *succulenten Form* tägliche Application reinen Ichthyols auf die *Conjunctiva* rascher und energischer wirkend. Man spült nach Umstülpung des Oberlides die Conjunctiva mit in Sublimatlösung (0,02 : 100,0) getauchtem Wattebausch ab (unter leichtem Abreiben), worauf man auf die stumpfe Spitze eines Glasstiftes einige Tropfen Ichthyol nimmt und sie in gleichmässig dicker Schicht aufträgt; nach Zuwarten von einigen Minuten (so lange, bis Pat. angiebt, kein Brennen mehr zu verspüren) spült man das Medicament mit Wattebausch und Wasser ab. Pat. verspürt bald grosse Erleichterung, die mehrere Stunden anhält; objectiv findet man stärkere

Röthung und Secretion. Nach mehreren Tagen beginnt die dunkelrothe und hypertrophische Conjunctiva, meist zuerst in der Mitte, heller bis weiss gefärbte Inseln aufzuweisen, die wie Narben aussehen, die Inseln fliessen allmählig zusammen und schreiten immer weiter. Manchmal freilich bleiben noch dunkelrothe Parthieen bestehen, und diese benöthigen dann die Cuprumbehandlung, indem sich die schwere Form eben in die leichte umgewandelt hat. Jedenfalls heilt aber das Ichthyol wie kein anderes Mittel die Affection, und zwar ohne wesentliche Schmerzen, ohne Narbenbildung.

(Therap. Monatshefte 1900 No. 6.)

- Einen Fall von Raupenhaar-Ophthalmie (*Ophthalmia nodosa, Saemisch*) beschreibt A. Muthmann (Elberfeld). Einem Arbeiter wurde eine Hand voll Heu ins Gesicht geworfen, bei dem sich angeblich eine schwarze, behaarte Raupe befand. Wegen Brennens am oberen Lide des getroffenen rechten Auges rieb der Mann letzteres mit der Hand. Gleich darauf heftige Schmerzen. Erst Monate später ging Pat. zum Arzt, der eine Entzündung der Horn- und Regenbogenhaut mit Knötchen in beiden feststellte; Sehfähigkeit sehr beeinträchtigt. Nach der Vorgeschichte musste man Raupenhaar als Ursache ansehen. Trotz aller angewandten Mittel verschlimmerte sich der Zustand. Erst als Prof. Eversbusch (Erlangen) das Kammerwasser durch Incision abfliessen liess, Besserung und relative Heilung. — Diese Ophthalmie wird höchstwahrscheinlich gefördert, vielleicht überhaupt erst ermöglicht durch *Reiben des Auges*, wodurch *die Haare geradezu hineingepresst werden und von den äusseren Hüllen mit der Zeit in tiefere Schichten wandern*. Der Arzt soll also aufgesucht werden, ehe dies geschehen kann. Er wird dann die noch aussen befindlichen Haare durch Spülung oder mit der Pincette entfernen und dadurch, dass er das Spiel der Lider, der Pupillen und des Ciliarmuskels aufzuheben sucht, ein weiteres Vordringen möglichst verhindern.

(Inaug. Dissert. Bonn 1899. —
Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 12.)

- Ueber Ursachen der primären Iritis suchte sich Prof. v. Michel Aufschluss zu verschaffen, dem in letzter Zeit die Thatsache aufgefallen war, dass bei der Allgemeinuntersuchung von an primärer Iritis Erkrankten öfters eine chron. Nephritis sich vorfand. Er stellte nun die in den letzten Jahren in der Würzburger Augenklinik vorgekommenen

Fälle, 84 zusammen, und es ergab sich in 7 Rubriken folgende Zahl von Erkrankungen:

1. Auf die Iris und das Auge überhaupt beschränkte Tuberculose bei hereditärer tuberculöser Belastung oder bei selbst mangelndem Nachweis einer Tuberculose an anderen Stellen des Körpers: 7.

2. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen, Lymphdrüsen oder anderer Körperorgane: 19.

3. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen oder Lymphdrüsen, complicirt durch Albuminurie: 5.

4. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer chron. Nephritis: 29.

5. Iritis bei Erkrankung des Circulationsapparates: 13.

6. Iritis bei Lues: 5.

7. Iritis bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen: 6.

Fasst man die ersten 3 Rubriken unter „Tuberculose“ zusammen, so finden sich 31 Fälle (= 36,8 %), *chron. Nephritis* 29 Fälle (= 34,5 %), *Krankheiten des Circulationsapparates* 13 Fälle (= 15,4 %); das sind also die häufigsten Ursachen primärer Iritis; *Lues* und die verschiedenen anderen Allgemeinerkrankungen (*Anaemie*, *Arthritis deformans*, *chron. Bronchitis* etc.) kommen viel seltener in Betracht. Jedenfalls ergibt sich, dass die *primäre Iritis ausschliesslich bei Allgemeinerkrankungen* vorkommt, und dass daher *stets eine Allgemeinuntersuchung* in genauester Weise erfolgen muss, dass man namentlich mehr als bisher auf *chron. Nephritis* fahnden muss. Die Therapie muss diese Leiden berücksichtigen, will man Heilung der Iritis erzielen. — Autor betont ferner, dass auch bei *Keratitis parenchymatosa*, die im Grossen und Ganzen eine ähnliche Aetiologie aufzuweisen hat, auch wenn sie ohne Complicationen von Seiten der Iris, Sklera etc. verläuft, die *chron. Nephritis* und *Krankheiten des Circulationsapparates* eine Rolle spielen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 35.)

Ephelides. Betreffs Behandlung der E. und Chloasmen giebt Dr. Jessner (Königsberg, Ostpr.) folgende Rathschläge: wenn es irgend geht, soll man natürlich vor allem den causalen Indicationen genügen. Die örtliche Bekämpfung

ist keine leichte, da wir kein Mittel haben, welches, ohne Narben zu setzen, dauernd jene abnormen Pigmentirung beseitigt. Wir können nur Abstossung, Schuppung und Schälung der Haut hervorrufen und haben dazu milde und intensivere Verfahren. Letztere bestehen in Einleitung einer Schälcur mittelst starker Resorcin- oder Naphthol-schwefelpaste:

Rp. Resorcin. albiss. 3,0—5,0
Zinc. oxyd.
Amyl. aa 1,0—0,5
Vaselin. flav. ad 10,0

Rp. Naphthol. 2,0
Sulfur. depur. 8,0
Sap. virid.
Vaselin aa 5,0

Eine dieser Pasten wird für 12—36 Stunden aufgelegt bis die Haut ordentlich geröthet und gespannt ist. Dann eine Zinkichthyolpaste:

Rp. Zinc. oxyd.
Amyl. aa 5,0
Ichthyol. 0,4
Vaselin. 10,0

Diese bleibt dick aufgetragen liegen, bis sie sich sammt der abgeschälten Haut in toto abhebt. Statt der Paste kann auch verflüssigter Zinklein aufgetragen werden, auf den man wenn er anfängt zu trocknen, Watte aufstopft, so dass ein fester Verband entsteht. Die von Hebra empfohlene Sublimateur (1—3 Stunden Umschläge mit 1 % Sublimatalkohol) ist für ambulante Behandlung wenig geeignet, da die Pat. nicht beurtheilen können, wenn man damit aufhören soll und sich event. bei Reizbarkeit der Haut leicht Pustelbildung entwickelt, Hautröthung wochenlang sichtbar sein kann etc. Aber auch die Pastenbehandlung hat das Unangenehme, dass die Pat. 4—8 Tage Stubenarrest haben. Man kann etwas milder verfahren, indem man die Concentration niedriger nimmt. Mit einer 10—15 %igen Resorcinsalbe oder einer 1—3 %igen Sublimatalkohollösung kann man, wenn man erstere jeden Abend aufträgt, letztere mehrmals täglich einpinselt, die Haut zum Schälen bringen, ohne dass gleich die Reizung vorübergehend entstellend wirkt. Dasselbe erreicht man durch nächtliches Auflegen von Sapo calidus oder mehrfaches Aufpinseln von Spirit. sapon.-calid. Man kann

aber noch milder verfahren, wenn man Geduld hat, da dann die Wirkung sich erst nach Wochen zeigt. Hier benütze man folgende Salben:

Rp. Hydrarg. praec. alb.
Bismuth. subnitr. aa 2,5
Vaselin. 5,0

Rp. Hydrarg. praec. alb. 2,5
Resorcin. albiss. 1,0
Vaselin. flav. ad 10,0

Man legt diese Abends nach gründlicher Seifenwaschung auf und lässt sie über Nacht liegen; am Morgen wird die Haut wie gewöhnlich gereinigt und dann gepudert. Dies so lange, bis die Haut tüchtig schuppt. Dann 1—2 Wochen Pause, darauf event. Wiederholung. Die anderen milden Verfahren (Abreibungen mit Citronensaft, mit Essigsäure 5 0/0, Auflegen eines Hg-Pflastermulls oder Sublimatpflastermulls für die Nacht u. dgl.) sind nicht sehr wirksam. Wichtig ist die Prophylaxe, deren Aufgabe die Fernhaltung des bei der Pigmentirung stets, mag dieselbe durch welche Ursachen auch immer hervorgerufen sein, mitwirkenden Lichtes, und zwar der in demselben vorhandenen ultravioletten chemischen Lichtstrahlen. Dies geschieht durch Tragen grüner oder rother Schleier und auch durch regelmässiges Einreiben der Haut mit Chininglycerin (1:20). Lässt jede Behandlung im Stich, kehrt das Leiden immer wieder, so kann man den Fehler höchstens durch Auftragen hautfarbiger Substanzen zu verbergen suchen. Diese Deckmittel müssen ungiftig und für die Haut indifferent sein. Letzteres bleiben sie freilich mit der Zeit nur relativ, da sie mindestens die Haut spröde und rauch machen. Man nehme jedenfalls auch täglich ein Mal eine gründliche Reinigung mit Seife und heissem Wasser vor, um alle Reste zu entfernen, ehe man neu aufträgt. Es giebt Schminkpulver, Schminkwasser und Schminksalben. „Schminkpulver“ bestehen aus Talc. venet., gemischt mit Bismuth. carbonic., Zinkoxyd, Magn. carbon. etc.; fester haften sie, wenn man sie durch Fettzusatz cohärenter macht (Spermacetum und Butyr. Cacao, 5—10 0/0 beige-mengt, schaffen diese „Fettpuder“). Parfümiren kann man sie durch Zusatz von Pulv. Irid flor. oder ätherischen Oelen, roth färben durch Carmin, Carthamin, Alloxan (1 0/0), Bol. rubr. (10 0/0). Beispiele:

Rp. Bismuth. carbonic. basic. 10,0
Talc. venet. 20,0
Pulv. rad. Irid. flor. 5,0

Rp. Zinc. oxyd. 20,0
Talc. venet. 30,0
Magnes. carbonic. 3,0
Ol. Millefl. gtt. I.

Rp. Talc. venet. 30,0
Amyl. Oryz. 10,0
Bismuth. carbonic. 10,0
Spermacet. (s. Butyr. Cacao) 2,5—5,0

Rp. Zinc. oxyd. 2,0
Magnes. carbonic.
Bol. alb.
Bol. rubr. aa 2,0
Amyl. oryz. ad 10,0

Wichtig ist die richtige Application. Entweder man trägt recht dick auf die trockene Haut auf und verreibt dann mit weichem Leintuch, oder man fettet vorher etwas mit Cold-Cream oder Lanolin ein und pudert dann. Vermischt man jene Pulver mit Wasser, Spiritus, Glycerin zu Schüttel mixturen, so hat man „Schminkwässer“ (man applicirt sie, indem man ein wenig Verbandwatte mit der tüchtig durchschüttelten Lösung oder mit dem Bodensatz befeuchtet damit die Haut bestreicht und dann einige Minuten trocken lässt). Beispiele:

Rp. Bismuth. carbonic. bas. 10,0
Talc. venet. 20,0
Aq. Rosar. 70,0
Glycerin. 5,0
Spir. Colon. 25,0

Rp. Talc. praep. 12,5
Borac. 0,5
Glycerin. 10,0
Aq. Colon. 12,0
Aq. dest. 100,0

Rp. Ceruss. 5,0
Talc. praep.
Magn. carbon. aa 3,0

Tet. benz. 2,0
 Aq. Rosar. 100,0
 Aq. Colon. 50,0

Natürlich kann man auch hier färben. „Schminksalben“ (Fettschminke) erhält man wieder aus den Pulvern unter Mischung mit Fetten (kann sie ebenfalls färben oder parfümiren). Beispiele:

Rp. Bismuth oxychlor.
 Caolin. aa 5,0
 Vaseline. 10,0—20,0
 Alloxan. 1,0
 Ung. len. 100,0

Rp. Bismuth. oxychlor. 5,0
 Baryt. sulf. praep. 10,0
 Cer. alb. leg. 3,0
 Ol. amygd. 7,0

Gewöhnlich geht man so vor, dass man zunächst eine weisse Schminke anwendet und auf diese die farbige aufträgt.

(Die ärztl. Praxis 1900. Nr. 10.)

Epilepsie. Einen Fall von operativ geheilter E. stellte Prof. F. Krause (Altona) vor: Das erblich nicht belastete jetzt 22jähr. Mädchen hat im Alter von 2 Jahren eine schwere Gehirnentzündung überstanden. Im 4. Lebensjahre traten allgemeine Krämpfe auf, die weiterhin sich immer häufiger einstellten; sie sollen stets in der linken Gesichtshälfte, im linken Arm oder linken Bein begonnen haben, blieben auf diese Theile beschränkt oder wurden allgemein. Nach den Krämpfen blieb das Bewusstsein oft stundenlang, später sogar tagelang geschwunden. Das früher sanftmüthige Kind wurde widersetzlich und faul, allmählig trat eine geistige Zerrüttung ein, die bis zur vollkommenen Idiotie sich steigerte. Im letzten Jahre vor der Operation hatte Pat. oft stundenlang anhaltende Zuckungen im linken Arm und der linken Gesichtshälfte. Auch das körperliche Befinden hatte stark gelitten. Aufnahme am 7. XI. 93. Bei dem kräftig gebauten Mädchen linker Arm, namentlich Hand wesentlich schwächer als rechterseits. Muskeln atrophisch. Keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen; Reflexe normal. Bewegungen der linken Hand und Finger unsicher, ataktisch. Beim Beklopfen des Kopfes erwies sich die ganze rechte Hälfte als schmerzhaft; sonst klagte Pat. nur wenig

über Kopfschmerz. Keine Stauungspapille, keine Hemianopsie, soweit die Untersuchung bei der den Eindruck einer Blödsinnigen erweckenden Pat. möglich. 9 Tage wurden die Anfälle beobachtet: Sie dauerten etwa 1 Minute, begannen zuweilen mit einem Schrei und hinterliessen vollkommene Bewusstlosigkeit; die Zuckungen stellten sich zuerst im linken Vorderarm und in der linken Hand ein, setzten sich dann auf den linken Oberarm, das linke Bein, zuletzt auf den ganzen Körper fort; täglich 1—2 Anfälle. Am 16. XI. Operation in Chloroformnarkose. Nach Bestimmung des Ortes der Centralfurche am rasirten Schädel Bildung eines grossen Wagner'schen Lappens, dessen Basis über dem rechten Ohr, dessen Rundung nahe dem Sinus longitudinalis gelegen war. Die Dura mater wölbte sich stark vor, die Venen waren strotzend gefüllt. Nach Durchtrennung und Ablösung der Dura entleerte sich aus den Arachnoidalräumen klare Flüssigkeit in reicher Menge. Die vordere Centralwindung lag frei. Durch elektrische Reizung liessen sich links sehr prompt Zuckungen im unteren Facialisgebiet und in der Schulter, sowie im Oberarm auslösen; dagegen waren das Centrum für das Bein und den oberen Facialis nicht zu erreichen. Die Punction des Gehirns entleerte etwa 300 ccm wasserklarer seröser Flüssigkeit; in den Punctionscanal wurde ein Drain eingeführt. Es handelte sich offenbar um eine *encephalitische Cyste*. In den durch das Zurücksinken des Gehirns zwischen diesem und dem Knochen entstandenen Hohlraum wurde ein Streifen Jodoformgaze eingeführt, dann der Haut-Knochenlappen zurückgelagert und festgenäht. Wundheilung ohne Störung; keine Lähmungen. Am 17. XI. 2 Anfälle wie vor der Operation. Am 19. machte Pat. einen geistig regeren Eindruck, sie antwortete schneller und fragte viel. Am 20. Entfernung der Gaze, am 27. auch des Drains. Am 29. beschäftigte sich Pat. mit Lesen und Nähen, fing an das Einmaleins zu lernen, behielt die Zahlen gut. Am 2. XII. Kraft der linken Hand stärker als vor der Operation. Am 9. Krampfanfall von kürzerer Dauer, am 13. typischer Anfall wie vor der Operation, am 14. zwei Anfälle, am 16. einer. Am 19. Entlassung mit geheilter Wunde. In der letzten Zeit hatte mit den Anfällen die geistige Entwicklung wieder erhebliche Rückschritte gemacht, bei der Entlassung Pat. ebenso blöde wie vor der Operation, es fehlten aber die Zuckungen im linken Arm. Nach der Entlassung nur noch 2 Anfälle: nach 8 Tagen und 3 Wochen; *seitdem Pat. bis jetzt, d. h. 6 $\frac{1}{4}$ Jahre*

völlig frei von Anfällen und Zuckungen. Während sich December 1893 der geistige Zustand wieder verschlechterte, trat vom Januar 1894 an rasche und dauernde Besserung ein. Pat. beschäftigt sich jetzt wie eine Gesunde mit häuslichen Arbeiten, liest auch Zeitungen, geht ins Theater, in Gesellschaften unter reger Antheilnahme, sie ist sauber, ordentlich, willig und gehorsam; sie erweckt den Eindruck einer mittelbegabten, langsam denkenden, aber geistig durchaus normalen Person. Körperlich ist sie blühend gesund. Von nervösen Störungen stellt sich zuweilen ein leichtes Kribbeln im linken Handteller für einige Augenblicke ein; der linke untere Ast des Facialis ist paretisch, was aber nur beim Lachen hervortritt. Die linke Hand ist wesentlich kräftiger als früher, der Druck aber immer noch schwächer als rechts; ataktische Bewegungen sind nicht mehr zu constatiren.

(Aerztl. Verein zu Hamburg, 27. III. 1900. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 15.)

- Bromipin (und Jodipin) hat Stabsarzt Dr. Frensdorf (Frankfurt a. M.) in seiner Praxis mit bestem Erfolge angewandt. Beide Präparate stellen bekanntlich eine directe Verbindung der Halogene mit einem sehr leicht verdaulichen Oel (Sesamöl) dar und passiren infolgedessen sehr rasch den Magen, den sie absolut nicht alteriren, um *erst im Darm allmählig ihre wirksamen Componenten abzuspalten*. Die Präparate sind daher *gut verträglich* und machen, selbst lange Zeit gereicht, *keine Intoxicationerscheinungen*, was Autor auch in seinen Fällen bestätigt fand. Von Merck wird Bromipin (10 0/0 und 33 1/3 0/0) in leicht einzunehmenden Gelatine-kapseln abgegeben (Jodipin zu 10 0/0 und 25 0/0, letzteres subcutan anzuwenden). Autor gab 33 1/3 0/0 ige Bromipin-kapseln (täglich 3—5 Stück) bei Fällen nervöser Erregbarkeit mit Erfolg und hatte besonders in einem lange bestehenden Falle traumatischer E. damit einen guten Griff gethan (Pat. vertrug Bromsalze nur kurze Zeit, und bekam bald Bromismus, während er Bromipin, das auch prompt wirkte, lange Zeit reactionslos einnahm). — Ebenso war es mit *Jodipin*, dass sich z. B. bei intensiver chron. Bronchitis vielfach bewährte (10 0/0, 3—4 Mal täglich 1 Theelöffel).

(Der prakt. Arzt 1900 Nr. 5.)

Intoxicationen. 3 Fälle von Quecksilbervergiftung (resp. Reizerscheinungen nach Hg) *nach sehr geringen Dosen*,

also auf *Idiosynkrasie* beruhend, theilt Dr. E. Homberger (Frankfurt a. M.) mit: 1. 24jähr. Dienstmädchen, kräftig, früher immer gesund, wegen Lues aufgenommen. An den inneren Organen nichts Abnormes; secundäre Erscheinungen von Syphilis, am After breite Condylome. Ordination: Injectionscur mit Sol. Hg. salicyl. (1:10). Kurz nach der 1. Einspritzung Symptome einer acuten Nephritis, nach 8 Tagen Exitus letalis. Section ergab acute Nephritis infolge von Quecksilbervergiftung. 2. Kräftiger 50jähr. Mann mit acuter Epididymitis. Als letztere auf Eis- und Ruhebehandlung zurückgegangen war, Pat. sich bereits ausser Bett befand, verordnete Autor zur völligen Resorption des noch vorhandenen Exsudates graue Salbe. Tags darauf Haut am ganzen Leib bis zum Nabel herauf und abwärts bis zu den Knien stark geröthet, heiss, brennend-schmerzhaft. Pat. hatte nur 1 mal von der Salbe in Grösse einer Erbse eingerieben. Dermatitis verschwand bei indifferenter Salbe nach einigen Tagen. 3. Chemiker, 28 Jahre alt, klagt über Halsschmerzen, Brennen im Hals, Schluckbeschwerden, Speichelfluss. Tonsillen und weicher Gaumen stark geröthet, am letzteren einige kleine Geschwüre, Zahnfleisch geschwollen. Das ganze Bild erinnerte an Lues, doch wies nichts weiter darauf hin, auch leugnete Pat. entschieden jede Infection, gab dagegen an, er habe in letzter Zeit mit Hg gearbeitet und viel Quecksilberdämpfe eingeathmet. Verbot dieser Arbeit, Aetzung der Geschwüre mit Argent. nitr., Gurgelwasser. Pat. verreiste 4 Wochen. Nach der Rückkehr noch kleines Geschwür, dass auf nochmaliges Aetzen heilte. Seitdem keine Beschwerden mehr. Kürzlich liess er sich einen Zahn plombiren (Amalgam), worauf sofort starker Speichelfluss eintrat. Es sind bereits Fälle bekannt, wo bei Lenten mit Idiosynkrasie gegen Hg auf *Amalgamplombirung Hg-Intoxication* folgte. Wenn auch diese Fälle sehr selten sind und kein Grund, die sonst vorzüglichen Amalgamplomben zu verwerfen, so muss der Arzt doch diese Aetiologie kennen, damit man sich event. derselben erinnert.

(Zeitschrift f. prakt. Ärzte 1900 Nr. 1.)

- Schüttelparoxysmen bei einem Pat. mit chron. Mercurialismus demonstirt Erben. Vor 2 Jahren befragt ihn ein College wegen eines Pat., der eben eine energische Schmiercur hinter sich hatte und nun über Zittern klagte; da letzteres in der Ruhe sistirte und nur bei Bewegungen hervortrat, auch Sprachstörungen vorhanden waren, glaubte Autor nicht

an Tremor mercurialis. An diesen Kranken wurde Erben erinnert, als er in letzter Zeit mehrere *Hutmacher und Vergolder mit streng ausgeprägtem Intentionszittern* sah. Der demonstrierte Pat. ist einer dieser Hutmacher und hat seit 18 Jahren einen constitutionellen Mercurialismus. Er kann gewöhnlich mehrere Jahre hindurch ungestört arbeiten, bis ihn wieder 4—5 Monate lang Stomatitis mit grosser Mattigkeit befällt; wenn letztere weicht, tritt erst der Tremor auf. Seinen jetzigen Zustand hat er seit $\frac{1}{2}$ Jahr; er bekam ver-
taubtes Gefühl in den Fingern und Schultern, das nach 4 Wochen verschwand, worauf ihn eine Schwere befiel, dass er die Arbeit aussetzen musste. Sowie die Arme leichter wurden, setzte Zittern am ganzen Körper ein; am meisten zittern die Arme. Wenn er sich anstrengte, zitterte auch der Kopf. Kälte und Schnelligkeit der Bewegungen vermehren den Tremor. Mit Schlaf, Stuhl, Appetit ist Pat. zufrieden. Man findet keine für eine Erkrankung des Centralnervensystems sprechenden Symptome. Pat. hat mässige Stomatitis, besitzt noch viele Zähne trotz seiner 63 Jahre. Seine vorgestreckte Zunge zittert nicht, Sprache nicht bebend. Empfindung in keiner Qualität beeinträchtigt. Nirgends Muskelatrophie. Bei passiven Bewegungen der Arme will Pat. keinen ansehnlichen Widerstand aufbringen und begründet dies mit Schmerzen, die hierbei im unteren Bicepsansatz und an der brachialen Deltoidesinsertion auftreten. Die Nervenstämme an den Oberarmen nicht druckschmerzhaft, dafür die Muskeln (namentlich an ihren Ansätzen). Kniereflexe und Tricepsreflexe normal, Reflex am Biceps und am Stylus radii fehlt beiderseits. Während die Arme herabhängen, sind sie regungslos; wenn Pat. den Arm vor sich hält, beginnt das Zittern, das sich nach wenigen Sekunden bis zum heftigen Schütteln steigert. In diesem Moment mahnt Pat. an Paralysis agitans; hier beim Pat. erfolgt aber das Zittern aus dem Handgelenk heraus und die Finger zittern nicht selbstständig, während sich bei Paralysis agitans die einzelnen Finger gegeneinander bewegen (Pillendrehen, Geldzählen). Auch beim alkoholischen, essentiellen, Basedow'schen Zittern ist Schütteln nie vorhanden, selten beim Greisenzittern; die genannten Gattungen haben auch feinere und raschere Oscillationen, die auch in der Ruhe nicht cessiren. Lässt man den Pat. länger die Hand vor sich hinhalten, so schwächt sich nach 1 Minute das Schütteln allmähig ab, es tritt für 10 und mehr Sekunden Ruhe ein, die stufenweise in neuerliche Agitationen übergeht;

das geht so fort, und kommen immer wieder Schüttelparoxysmen, die von kurzen Ruhepausen unterbrochen werden. Pat. giebt an, dass das jedesmalige Abklingen des Schüttelparoxysmus von starker Ermüdung begleitet wird; sobald dieselbe nachlässt, bricht das Schütteln wieder hervor. Giebt man ihm einen grossen Gegenstand in die Hand, so setzt gleichfalls nach einiger Zeit die heftige Agitation aus und wenige Secunden später gleitet ihm der Gegenstand aus der Hand, „da ihn die Kraft der Finger verlasse.“ Lässt man den Pat. mit dem Zeigefinger an die Nase greifen, so führt er den grössten Theil dieser Bewegung ruhig aus, erst im letzten Drittel, nahe am Ziele, setzt eine Unruhe ein, die Hand bewegt sich in grossen, relativ langsamen, transversalen oder longitudinalen rhythmischen Oscillationen um die Nasenspitze herum. Wenn er den Finger von der Nase weg zur Ausgangsstellung bringt, wird der Tremor nicht stärker, sondern hört schon vor dem Erreichen des letzteren auf; das Fingerführen zum geplanten Ziele erfordert mehr Muskelthätigkeit, als das Aufgeben der intendirten Haltung. Der Intentionstremor bei *multipler Sklerose* hat gleiche Merkmale, nur mischt sich oft *Ataxie* zu und die Hand fährt dann unter ungleichmässigen Zickzackbewegungen von der beabsichtigten Richtung aus. Auffällig zeigen sich die Schüttelparoxysmen, wenn Pat. die Fäuste auf die Brust legt; dieselben bewegen sich heftig bald miteinander, bald gegeneinander. Speisen in den Mund führen, zuknöpfen, binden, vermag der Pat. nicht. Intentionazittern scheint bei chron. Quecksilbervergiftung schon Strümpell gesehen zu haben (bei Spiegelarbeitern). Es kommt neben *Ataxie* wohl vereinzelt auch bei Tumoren im Kleinhirn, Pons resp. Vierhügel vor. Ein Bild wie obiges könnte man auch bei Schmierereien ganz wohl erwarten, zumal ja bei diesen mehrfach bereits Polyneuritis beobachtet wurde.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1. VI. 1900. — Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 23.)

- Einen Fall von acuter Cocainvergiftung publicirt Dr. Bergmann (Wolfhagen); Ein 44jähr. grosser, kräftig gebauter und wohlgenährter Landmann kam mit der Angabe, seit 3 Wochen an heftigen Schmerzen zu leiden, die von der Gegend des rechten Hüftgelenks bis ins Kniegelenk und die Aussenseite des Fusses ausstrahlten, ihn arbeitsunfähig machten und die Nachtruhe raubten; auch die geringsten Bewegungen des Beines machten heftige Schmerzen, und

selbst bei ruhiger Rückenlage traten solche im Tuber ischii auf. Bisher war jede Therapie erfolglos geblieben. Die objective Untersuchung ergab typische Ischias. Um dem Pat. baldige Linderung zu verschaffen, machte Autor eine Cocaininjection in die rechte Hinterbacke und stach die Spitze tief bis auf den N. ischiadicus ein. Er verwandte 1 ccm einer eben frisch bereiteten 5 %igen Lösung (0,05 Cocain). Ecclatanter Erfolg! Nach 5 Minuten empfand Pat. auch nicht mehr eine Spur von Schmerzen und konnte munteren Schrittes heimkehren, während er vorher mühsam angehinkt war. Tags darauf besuchte Autor den Pat., der, gerade von schwerer Feldarbeit heimgekehrt, wieder heftige Schmerzen in der Wade empfand und darum noch um eine Injection bat. Autor injicirte ins obere Drittel der Wade in der Richtung auf den N. peroneus 0,03 Cocain. Etwa 3 Minuten darauf überkam den Pat. ein Ohnmachtsgefühl, es wurde ihm schwarz vor den Augen, er bekam heftiges Herzklopfen; Puls gespannt, voll, 120 Schläge, Respiration keuchend (32), Sensorium etwas benommen, Kriebeln und Taubsein in Händen und Füßen. Nach etwa 10 Minuten klonische Krämpfe in beiden oberen und der linken unteren Extremität (das rechte Bein lag regungslos da!), Gesicht lebhaft geröthet, Bulbi nach vorn gedrängt, Pupillen maximal erweitert, Cornealreflexe erloschen, Lider fortwährend geschlossen und wieder geöffnet, Zunge fortwährend hervorgestreckt und wieder zurückgezogen, Sensorium nur für einige Augenblicke immer etwas frei. Nach Application von kalten Umschlägen auf Herz und Kopf und Einflößen von starkem schwarzem Kaffee nach Verlauf von $\frac{1}{2}$ Stunde Zustand bedeutend besser, in der Wade keine Schmerzen mehr, an der Applicationsstelle des Cocains Gefühlosigkeit; etwas Schwere im Kopf, sonst Euphorie. Nach 1 Stunde verliess Pat. munter das Bett und blieb wohl, auch kehrten die ischiadischen Schmerzen bisher (seit Mai 1899) nicht wieder. — Dieser Fall lehrt, dass *Cocaininjectionen bei Ischias vorzüglich wirken können*, aber freilich nicht ungefährlich sind. Autor hat zwar zur localen Anaesthesie vielfach bis 0,07 (!) auf einmal injicirt, auch sehr häufig das Mittel intern benützt, stets ohne Schaden. Auch hier hatte ja Pat. *zuerst auf 0,05 g nicht reagirt, Tags darauf aber bei einer viel geringeren Dosis so bedenkliche Erscheinungen gezeigt*. Autor glaubt, dass er bei dem Vorhandensein von Venen-netzen in der Kniekehlen- und Wadengegend *ein kleines Venchen getroffen* hat, wodurch so günstige Resorptions-

bedingungen sich ergaben, dass eben die Dosis toxisch wirkte. Das wird uns nicht abhalten, das segensreiche Mittel weiter anzuwenden, wenn es auch durchaus nothwendig wäre, dass experimentell die Vorbedingungen für derartige acute I. genauer studirt werden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 12.)

Pertussis. Heroin hat Hintner mit günstigem Erfolge angewandt. Intensität und Zahl der Anfälle wurden geringer, häufig auch die Dauer des Leidens abgekürzt. Ungünstige Nebenwirkungen wurden selbst bei 10—12 Monate alten Kindern nicht gesehen, höchstens schliefen die kleinen Pat. nach den erstmaligen Gaben etwas stark. Man verschreibt:

Rp. Heroin. 0,03—0,05
Aq. Lauroc. 10,0
Acid. hydr. q. s. ad solut.
S. 2—3 Mal tägl. 10—15 Tropfen.

(Nürnberger medic. Gesellschaft, 18. I. 1901. —
Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 21.)

— Auch J. Runkel empfiehlt Heroin für die Kinderpraxis. Bei 3 von 4 Pertussisfällen wurden Frequenz und Intensität der Anfälle herabgesetzt. Noch häufiger wurde das Mittel bei *Bronchitis* versucht, und zwar in 41 Fällen, wovon 29 prompt reagierten, indem der quälende Hustenreiz sich legte, namentlich aber eine allgemein narkotisirende Wirkung sich deutlich geltend machte. Die Dosirung ist folgende.:

Für ein Kind von	6 Wochen	$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ mg
- - - -	3 Monaten	$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -
- - - -	7 -	$\frac{1}{4}$ — $\frac{2}{3}$ -
- - - -	10 -	$\frac{1}{2}$ —1 -
- - - -	15 -	$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{4}$ -
- - - -	20 -	$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ -

(Inaug.-Dissert. Bonn 1900.)

— Die Unschädlichkeit des Heroins wird durch einen von Dr. Kropil (Pressburg) beobachteten Fall bewiesen. Autor hatte einer Frau Tabletten à 5 mg verschrieben. Davon nahm ein $4\frac{1}{2}$ jähr. Kind 2 Stück in einem unbewachten Moment. Die Folgen waren minimale: Blässe, Uebelkeit, etwas Erbrechen. Autor giebt Kindern auch höhere Gaben als Runkel. Er verordnet Kindern über 6 Monaten 5 mg auf 100 g, 2stündl. 1 Kaffeelöffel, also pro die etwa 2 mg.

würde aber Kindern unter 1 Jahr auch nie mehr verschreiben. Bei Erwachsenen beobachtete er, dass Lösungen 2 stdl. verabfolgt, manchmal nicht so gut vertragen wurden, weshalb er jetzt lieber 2—3 Mal tägl. das Mittel in Pulverform ordinirt. Sonst aber hat er nie unangenehme Zwischenfälle erlebt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1900 Nr. 40.)

— Pertussin (Taeschner) hat schon früher*) Prof. Fischer (Strassburg) warm bei P. und Erkrankungen der Luftwege empfohlen. Jetzt hat auch Dr. J. A. Goldmann (Wien) das Präparat in zahlreichen Fällen angewandt und war ebenfalls äusserst zufrieden damit. Es bewies sich in 19 Fällen von P. als ausgezeichnetes krampfstillendes und schleimlösendes Mittel. In 5 Fällen, welche frühzeitig zur Behandlung kamen, kam es bei sofortiger Darreichung von Pertussin (4 Mal täglich 1 Kaffeelöffel) überhaupt nicht zu Stiekanfällen. Die Kinder hatten ausgesprochene Pertussis mit krampfhaftem, anfallsreichem Husten und nachfolgendem Erbrechen, verfärbten sich im Gesicht, hatten keine Nachtruhe u. s. w. Vom 6. Tage der Behandlung ab trat schon bedeutende Besserung aller Symptome ein, und Ende der 3. Woche waren überhaupt nicht mehr Krampfhusten, Erbrechen etc. vorhanden, die Pat. hatten nur leichten Katarrh, expectorirten leicht und husteten ganz mässig; sie erholten sich rasch und waren sehr bald gesund. In 14 anderen Fällen waren die Erfolge ebenfalls höchst zufriedenstellend. Die Anfälle erschienen in ganz kurzer Zeit, manchmal schon nach 8 Tagen auffallend gemildert, das Erbrechen wurde besser, die Nachtruhe ungestörter, die Expectoration bedeutend gefördert, so dass nach Ablauf von spätestens 5 Wochen alle Pat. ohne Complicationen von ihrem Leiden geheilt und nur noch ein einfacher Katarrh vorhanden war.***) Auch bei chronisch sich hinschleppenden *Bronchitiden* der Kinder (14 Fälle, meist nach Masern, Varicellen etc.), wo sich das Leiden durchaus nicht bessern wollte und andere Mittel versagten, bewährte sich Pertussin vortrefflich, und hatte das ausnahmslos gern genommene Mittel oft schon nach wenigen Tagen eine totale Umstimmung des ganzen Krank-

*) Excerpta VIII No. 1.

**) Ich selbst habe mehrfach bei P. die dem Mittel nachgerühnte Wirkung beobachtet und kann mich der Empfehlung anschliessen.

Dr. Graetzer.

heitsbildes bewirkt; es erleichterte auffallend rasch die Expectoration, milderte den Husten, machte Appetit, hob das Allgemeinbefinden. Ein Gleiches fand statt bei *acuter Laryngitis*, *Pseudocroup* und bei *Emphysem* (älterer Leute), wo überall Pertussin rasch und energisch wirkte.

(Wiener medic. Blätter 1900 Nr. 17.)

Scabies. Epicarin hat Dr. Carl G. Pfeiffenberger (Leopoldstädter Kinderspital Wien) bei mehr als 50 an S. und *Prurigo* leidenden Kindern von 1—14 Jahren mit gutem Erfolge angewandt. Epicarin, ein Naphtholderivat (Condensationsprodukt von Kreatinsäure und Naphthol), machte nie örtliche Reizerscheinungen, reizte nie die Nieren etc. Autor rieb jeden Abend folgende Salbe ein:

Rp. Epicarin. 7,0
Cret. alb. 2,0
Vaselin. alb. 30,0
Lanolin. 15,0
Axung. porc. 45,0

Nach 2—3 Tagen wurde 1 Tag nur Ung. Diachyl. simpl. applicirt (um die Haut nicht zu spröde werden zu lassen, die Abschuppung zu beschleunigen, event. Ekzeme zur Abheilung zu bringen), am nächsten Tage ein warmes Bad gegeben. Nöthigenfalls 2. Serie. Ebenso bei *Prurigo*. Bereits nach 1—2 Einreibungen von Epicarin Schwinden des Juckreizes, Heilung der Affectionen selbst in der Regel nach wenigen Tagen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1900 Nr. 19.)

— Zuerst hat Prof. Kaposi (Wien) das Epicarin (Fr. Bayer & Co., Elberfeld) als leicht lösliches, relativ ungiftiges und reizloses Ersatzmittel für Naphthol empfohlen. Er wandte in der Regel eine 10—20 %ige Salbe an und hatte sowohl bei Kindern wie Erwachsenen gute Erfolge besonders bei S., aber auch bei *Herpes tonsurans* und *Prurigo*. Von S. behandelte er 80 Fälle mit 10 %iger Salbe. Nach der 1. Einreibung schon hörte in allen Fällen das Jucken auf, und man konnte nach 2 Stunden das Eintrocknen der Milchgänge wahrnehmen. Das begleitende Ekzem wurde jedoch nicht beeinflusst (wie sich überhaupt Epicarin bei Ekzem und Psoriasis als unwirksam erwies) und musste anderweitig behandelt werden. Bei *Herpes tonsurans* war 8—10malige Application ausreichend, um die Affection zu

heilen. An Prurigo wurden 4 Kinder von 8—15 Jahren und 3 Erwachsene behandelt, wobei die Ungiftigkeit des Mittels besonders hervortrat. Bei wiederholter, mehr als 10 maliger Application der Salbe über den ganzen Körper stellten sich keine Nebenwirkungen ein. Bei ausgedehnter Prurigo mit starker Verdickung der Haut konnte man oft eine überraschende Wirkung bemerken, indem sowohl die Knötchenruption sistirte, als auch die Haut blässer und weicher wurde; schon nach 2—3 Wochen war, wenn nicht auch Ekzem vorhanden, die Besserung eine eclatante.

(Wiener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 6.)

Tuberculose. Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der Diazoreaction bei Phthisikern spricht sich Privatdoc. Dr. Michaelis (Berlin, Leyden'sche Klinik) auf Grund seiner Erfahrungen aus. Die Diazoreaction besteht ja darin, dass bei Mischung des Harns mit bestimmten Reagentien derselbe eine rosa bis rothe Farbe annimmt. Diese Reaction findet sich nur bei pathologischen Harnen, nie im Harne des gesunden Menschen. Je nach ihrem Vorkommen oder nicht Vorhandensein kann man die gesammten Krankheiten in 4 Gruppen einteilen: 1. die Gruppe, bei der die Reaction so gut wie nie vorkommt. Es sind dies chron. Organerkrankungen, wie Rückenmarkskrankheiten, Geisteskrankheiten, Nierenerkrankungen, chron. Herzaffectionen, die durch Arteriosklerose bedingt sind, maligne Tumoren, kurz Processe, welche mit acuten oder chron. bakteriellen Infectionen nichts zu thun haben. Findet man hier Diazoreaction, so handelt es sich wohl meist um secundäre bakterielle Infectionen, z. B. bei ulcerirenden Carcinomen des Verdauungstractus, bei Decubitus im Gefolge von Rückenmarkskrankheiten etc. 2. Die Gruppe, wo die Reaction für gewöhnlich aufzutreten pflegt: Typhus abdom. und Morbilli. 3. Die Gruppe, wo die Reaction nur selten vorkommt und dann nicht so diagnostisch wie vielmehr für die Prognose zu verwerthen ist. Sie zeigt hier, dass ein ernsterer Fall vorliegt und dass man auf Complicationen zu rechnen hat. So bei Diphtherie und Pneumonie. Als Gruppe 4 ist die T. zu betrachten, bei der die Reaction von besonderer Bedeutung ist. Oft wird sie hier einen Hinweis auf die Diagnose geben und speciell für die Prognose äusserst werthvoll sein. Haben wir länger dauernde Diazoreaction bei fieberlosen Pat., so wird dies in weitaus der Mehrzahl der Fälle auf T. hinweisen. Differentialdiagnostisch

ist sie bei Ascites für tuberculöse Peritonitis gegen Lebercirrhose zu verwenden, während sie allerdings hin und wieder auch bei Peritonitis carcinomatosa auftritt. Bei Meningitis weist sie ebenfalls auf T. hin gegenüber den anderen Infectionen. Auch bei Miliartuberculose fehlt sie nie. Bei Pleuritis spricht sie ebenfalls für T., desgleichen bei Pericarditis. Hervorragend wichtig ist sie für die Prognose der Phthise. *Phthisen mit ausgesprochener Diazoreaction geben absolut schlechte Prognose.* Als Reagentien zur Anstellung der Reaction benutzte Autor die schon von Ehrlich dazu empfohlenen:

Acid. sulfanil. 2,5	} Reagens A.
Acid. muriat. 25 : 500	
Natr. nitros. 0,5 : 100	Reagens B.

Es werden von A 49 ccm, von B 1 ccm genommen; A und B gut durchgeschüttelt. Dann wird zu ca. 5—10 ccm Urin die gleiche Menge Reagens A und B gemischt und schliesslich zu dem Gemenge 1 : 10—1 : 8 der Gesamtflüssigkeits säule Ammoniak hinzugegossen. Es entsteht dann dort, wo die Reaction vorhanden ist, eine Rosa- bis Dunkelrothfärbung des Schüttelschaums und des Urins. Nur diese Rothfärbung, ähnlich der Farbennuance, die man beim Hineingiessen von Himbeer in eine Weisse bekommt, ist als typische Diazoreaction anzusprechen, andere Farbenveränderungen (gelb bis kaffeebraun) nicht! Sollte man einmal im Zweifel sein, ob die Reaction positiv, so lasse man den Urin stehen; es bildet sich in den positiven Fällen nach wenigen bis 24 Stunden ein dunkelgrüner Niederschlag. Man nehme aber stets frisch bereitete Reagentien*) und setze das Ammoniak nicht tropfenweise unter Umschütteln zu, sondern in einem Schuss etwa 1 : 8 der Flüssigkeits säule. Man beachte folgende Fehlerquellen: Wir erhalten positive Reaction im Harn auch bei innerlichem Verabreichen von Naphthalin oder Chrysarobin; dagegen wird die Reaction verhindert durch innerliches Darreichen von

*) Das vertheuert die Sache sehr. Man benütze daher das Diazoreagensröhrchen von Altmann, Luisenstr., mittelst dessen die Reaction in $\frac{1}{2}$ Minute angestellt ist, der Verbrauch der Reagentien sich auf wenig Pfennige reducirt. In das mit Graduierung versehene Röhrchen füllt man mittelst Pipette erst das Natr. nitros., dann Sulfanilsäure bis zur Marke 8 und mischt durch Schütteln das Reagens; hierzu kommt bis zur Marke U Urin und dann nach nochmaligem starkem Schütteln bis zur Marke A Ammoniak.

Gallussäuren und Gerbsäuren, Tannigen, Tannalbin etc., auch durch grössere Gaben Jod. Das Auftreten der Reaction ist unabhängig von Fieber, von der Zahl der Tuberkelbacillen, von der Menge des Sputums. Häufig jedoch wird man ein Parallelgehen dieser Momente miteinander finden. Leichte Phthisen geben fast nie die Reaction; nur wenn zur beginnenden Phthise acute andere Infectionen hinzutreten, die event. für sich nicht Diazoreaction bieten, kann für die Dauer der acuten Infection eine Reaction selbst intensiver Art auftreten. So bei Pleuritis exsudativa, Pneumonie, Influenza etc., wo uns das Auftreten der Reaction event. den Gedanken an eine bis dahin nicht constatirte beginnende Phthise nahelegen kann. Abgesehen von diesen Fällen ist das Auftreten einer Diazoreaction bei leichter Phthise äusserst selten, und müssen wir Fälle mit ausgesprochener Reaction als schwer betrachten. Meist werden sich die klinischen Erscheinungen mit dem Vorhandensein der Reaction decken. Doch werden wir auch dort, wo die Erscheinungen noch nicht so ausgesprochen sind, bei Vorhandensein der Reaction den Fall als ernsteren betrachten müssen, der voraussichtlich schnell progredient verlaufen wird. Andererseits finden wir Fälle, die klinisch das Bild vorgeschrittener Phthise bieten, selbst mit Cavernenbildung, ohne Diazoreaction; häufig pflegen diese mehr zu einem stabilen Verlaufe zu neigen. Auch dort, wo wir ausgesprochene Reaction finden, kann diese zeitweise schwinden; so z. B. bei Phthisikern, die äusserst heruntergekommen, nach ihrer Aufnahme in den ersten Wochen bei sorgfältiger Pflege beträchtlich an Gewicht zunehmen. Doch pflegt die Besserung nicht allzu lange anzuhalten. *Weitaus die Mehrzahl der Fälle mit positiver Reaction kommt in weniger als 1/2 Jahr zum Exitus.* Eine Zusammenstellung der von 1896 bis 1900 untersuchten Fälle ergibt Folgendes:

	geheilt gebessert verlegt ungeheilt †				
Pat. mit negativer Reaction	57	5	44	—	5 3
Pat. mit positiver Reaction	111	—	15	3	13 80

Wenn von 111 Pat. mit zeitweise oder dauernd positiver Diazoreaction im Krankenhause 80 starben, so berechtigt das zu dem Rathe, *Pat. mit ausgesprochener Diazoreaction von der Aufnahme in Lungenheilstätten als ungeeignet auszuschliessen.*

(Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 13.)

— Leberthraninjectionen bei T. empfiehlt Dr. W. Zeuner (Berlin). Vor die Aufgabe gestellt, einen Schwindsüchtigen zu behandeln, der in Görbersdorf zurückgewiesen war, weil sein Leiden schon zu vorgerückt war, machte Autor in Verfolg früherer Versuche Gebrauch von Nährklystieren mit Leberthran. Bei Ruhelage gab er 2—3 Mal täglich 1 Esslöffel Leberthran intern und liess täglich Abends nach 9 Uhr, nachdem Stuhlgang von selbst erfolgt oder 1 Stunde vorher ein Reinigungsklystier gegeben war, noch Darmspritzungen mit folgender Emulsion machen, die allen Anforderungen an solche Klystiere am besten entspricht:

Rp. Pancreatin. puriss. 5,0
 Fel. tauri inspiss. 0,5
 Natr. chlorat 1,5
 Solve in Aq. font. 50,0
 Digere horas II cum
 Ol. jecor. Asell. citrin. 250,0
 Adde Ol. Eucalypt. aeth. gtt. III.

Davon (nach Erwärmen und Umschütteln) wurden 60 bis 100 g mittelst einer grossen, 100 cem fassenden Wundspritze mit 10 cm langem Ansatzrohr aus Hartgummi in den Mastdarm langsam in Knieellenbogenlage injicirt. Die Emulsion blieb ohne jede Beschwerde gewöhnlich bis zum nächsten Morgen 8 Uhr (also 10 bis 11 Stunden) im Darms, worauf eine wurstförmige Entleerung kam, die oft von einer zweiten, ebensolchen nach 2—3 Stunden gefolgt war (kein Durchfall während der bisher 6 wöchentlichen Cur!) Leberthran ist in Folge seiner ausgezeichneten Resorptionsfähigkeit zu Nährklystieren ganz besonders geeignet, da er bei der Emulsion im Darm in weit kleinere Tröpfchen zerfällt, als andere Oele, und deshalb grössere Mengen von ihm aufgesaugt werden. Nachdem Pat. bereits 4 Wochen täglich Abends 60—100 g injicirt erhalten hatte und intern 2—3 Esslöffel Leberthran genommen, wurden am 4. VII. 99 Abends 10 Uhr, nachdem 3 Stunden vorher spontan Stuhlgang erfolgt war, ohne vorhergehendes Reinigungsklystier 100 g jener Emulsion eingespritzt (am Tage hatte Pat. schon 2 Esslöffel Leberthran genommen). Am nächsten Morgen kamen um 8 und 10 Uhr je eine wurstförmige Stuhlentleerung. In diesen fanden sich nur 24,6 g Leberthran wieder. Angenommen, das intern genommene Fett würde im Dünndarm vollständig resorbirt, so sind von den 100 g per anum applicirter Emulsion nur 24,6 g Leber-

thran ungenutzt abgegangen, also 75 g der Emulsion dem Pat. zu Gute gekommen. Aus diesen Versuchen ging also hervor:

1. dass Injectionen mit Pankreatin-, Galle-, Kochsalz-Leberthran selbst von einem Schwerkranken gut vertragen werden;
2. dass nach 10—12 Stunden bereits eine genügende Resorption des eingespritzten Leberthrans erreicht ist, die im Tag 75 g der Fettemulsion betragen kann;
3. dass es nicht immer nöthig ist, vorher ein Reinigungsklystier zu geben.

Letzterer Punkt ist ebenfalls wichtig, da mit der Zeit der Darm durch die Reinigungsklystiere doch etwas gereizt wird. Ferner ergab sich, dass die Injectionen im Verein mit der Liegecur (Pat. bekam sonst nur Tinct. Chin. comp.) selbst diesem im schwersten Stadium der T. befindlichen und in der Berliner Luft lebenden Pat. vielen Nutzen brachten. Während er in den letzten 4 Wochen vor der Cur im Gewicht von 112 auf 108 Pfund sank, blieb er in den ersten drei Wochen der Cur auf diesem Gewicht, das dann in 14 Tagen noch um 1½ Pfund stieg. Pat. wurde wieder arbeitskräftig, konnte wieder allein gehen, sein Aussehen änderte sich eclatant, und selbst der Lungenbefund zeigte Besserung. Mit 100 g Leberthran führt man dem Organismus 925 Calorien zu, und können wir Wochen und Monate lang täglich 50—75 g vom Dickdarm aus, ohne Belästigung des Magens dem Pat. einverleiben, so ist es nicht zu bestreiten, dass dies eine Wirkung haben muss, zumal ja Leberthran an und für sich einen günstigen Einfluss auf T. haben soll.

(Therap. Monatshefte 1900 Heft 6.)

— Cervello's Igazol ist ein *Formaldehydpräparat*, das zu Inhalationszwecken vom Autor benützt und auf dem Berliner Tuberculose-Congress von ihm gegen T. empfohlen worden war. Auch sonst kamen darüber vom Auslande her Empfehlungen. Jetzt wurde das Mittel auch in Berlin*) geprüft und hat sich ebenfalls bewährt. Cervello hat einen ingenösen Apparat construiert, der das Präparat im ganzen Zimmer verdampft, so dass der Pat. sich in demselben frei bewegen und seiner Beschäftigung nachgehen kann. Der

*) Erhältlich z. B. in der Humboldt-Apotheke Berlin W., Potsdamerstr.

Apparat besteht in der Hauptsache aus einem Wasserkessel mit breit daraufsitzen dem Blechteller und einer Spirituslampe darunter. In der Mitte des Blechtellers befindet sich eine Oeffnung für einen durchbohrten Kautschukpropfen, und in diesem steckt zur Aufnahme der Wasserdämpfe ein bis zu 1 m verlängerbares Glasrohr, das eine vorzügliche Kühlvorrichtung darstellt. Der Kessel wird nun zu $\frac{2}{3}$ mit Wasser gefüllt; sobald dasselbe kocht, steigt es in der Glasröhre in die Höhe, und nun kann man die Spiritusflamme derart reguliren, dass das Wasser nicht aus der Röhre heraustritt, sondern sich soweit abkühlt, dass es wieder in den Kessel zurückfällt. So wird das Wasser beliebig lange kochend erhalten und der Blechteller ebenso in hoher Temperatur. Streut man auf den Teller nun das Igazol, eine Verbindung von Formaldehyd mit Trioxymethylen und einem Jodkörper, so genügt die Temperatur des Tellers, das feine Pulver zu verflüchtigen, und der Raum wird mit den Dämpfen geschwängert. Letztere reizen höchstens in den ersten Tagen die Pat. ein wenig, dann gar nicht mehr, und man kann stundenlang die heilenden Dämpfe ohne unangenehme Empfindung einathmen. Sowohl mit der Menge des Präparats, als mit der Zeit wird allmählig gestiegen. Das Igazol ist in jedem Zimmer anwendbar. Hoffentlich wird man neben seiner hervorragenden luftreinigenden Wirkung, die allein ihm schon einen Platz in unserem Medicamentenschatz sichert, auch bald in Deutschland Näheres über den Heilwerth bei T. sagen können.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 6.)

Vermischtes.

- Somatose resp. Eisensomatose in der Kinderpraxis mit bestem Erfolge angewandt hat Dr. Fr. Grünwald (Wien, Leopoldstädter Kinderspital). In der *Reconvalescenz nach Masern, Scharlach, Diphtherie etc.* bewährten sich diese Präparate bestens, indem sie das Körpergewicht rasch hoben, eine allgemeine Kräftigung herbeiführten und die Reconvalescenz überhaupt auffallend verkürzten. Einen durchschlagenden Erfolg sah Autor von Somatose bei einigen Kindern im Alter von wenigen Monaten, die in Folge hereditärer Belastung sehr geschwächt erschienen, aber schon nach 3—4 Wochen bei Einnehmen des Mittels ein blühendes Aussehen und erhebliche Gewichtszunahme aufwiesen. Eisensomatose wirkte, wie Blutuntersuchungen ergaben, direct günstig auf die Blutbildung ein, auch schien das Präparat bei *scrophulösem Ekzem* auch auf den localen Process entschieden guten Einfluss zu haben.

(Aerztl. Central-Ztg. 5. Mai 1900.)

- Zur Behandlung der Gehirnhyperaemie schreibt Stabsarzt Dr. Sehrwald (Freiburg in B.):

„Ende Juli 1899 bekam ich einen sonst gesunden Landwirth von 21 Jahren in Behandlung, der in Folge starker Körperanstrengung an einem sehr heissen Tag schon früh um 8 Uhr einen hitzschlagartigen Anfall erlitten hatte. Nach heftiger Beklemmung und Versiegen der Schweisssecretion war er bewusstlos umgefallen und hatte klonische Krämpfe an Armen und Beinen bekommen. Der Puls war nicht beschleunigt, aber kaum noch fühlbar gewesen. Ich sah ihn etwa 1 1/2 Stunden später. Er war schwer benommen, antwortete auf lautes Anrufen nur mit einem unverständ-

lichen Lallen oder gar nicht. Das Gesicht war stark geröthet. Die Körperwärme betrug nur 36,4° C. Die Hände und Füße waren sehr kalt. Der ausserordentlich kleine, aber regelmässige Puls machte in der Minute nur 58 Schläge. Die Pupillen waren weit und reagirten sehr träge. Jede halbe bis ganze Minute erfolgten heftige klonische Krämpfe am ganzen Körper vom Gesicht bis zu den Füßen. Sie gingen auch für Secunden in tonische Krämpfe über und waren auf der linken Körperseite viel stärker, als auf der rechten. Während der Krämpfe wurde die Athmung ausserordentlich schwach und hörte vielfach gänzlich auf. Mit Schluss des Krampfanfalls setzte ein tiefer Athemzug ein, dem sich mehrere, immer tiefer werdende anschlossen, dann verflachte sich die Respiration sehr rasch wieder und es begann ein neuer Krampfanfall. Es bestand augenscheinlich eine starke Blutüberfüllung des Gehirns bei erheblich verlangsamter Strömungsgeschwindigkeit des Blutes im Schädelinnern. Diese verminderte Durchblutung führte zu einem tiefen Darniederliegen der psychischen Functionen und der Thätigkeit des Athemcentrums, während die mangelhafte Sauerstoffzufuhr zugleich auf das Centrum des Dilator pupillae, auf die motorischen Regionen der Hirnrinde und auf das Vaguscentrum reizend einwirkte. Die gesteigerte Blutmenge im Schädel, der auch eine starke Blutfüllung des Gesichtes entsprach, beruhte anscheinend auf einer Erweiterung der Gehirngefässe, während die schon hierdurch bedingte Verlangsamung der Circulation im Gehirn durch die gleichzeitige hochgradige Herzschwäche noch bedeutend gesteigert wurde. Die Anwendung von Kälte auf den Kopf, Reiben und Bürsten, warmes Abwaschen und Anlegen von Wärmflaschen am übrigen Körpertheile ohne jeden Erfolg. Trotz Einspritzungen von Aether u. s. w., Darreichen von Cognac, mechanischer Reizung der Herzgegend und zeitweiser künstlicher Athmung wurde die Respiration und Herzthätigkeit im Laufe von 1½ Stunden immer schlechter und besorgniserregender. Die Aufgabe, die erfüllt werden musste, war klar vorgezeichnet. Das Uebermaass von Blut im Gehirn musste entfernt werden, ohne dem Körper Blut zu entziehen, da sich eine allgemeine Blutentziehung durch die grosse Herzschwäche und eine locale durch das tiefe Darniederliegen des Athemcentrums verbot. Um diesen Forderungen gerecht zu werden, versuchte ich folgendes Verfahren. Ich liess die untere Hälfte des Rumpfes und beide Beine ganz in zwei Betttücher einschlagen, die in recht

heisses Wasser getaucht waren, und um diesen Umschlag noch mehrere dicke, wollene Decken wickeln, so dass die untere Körperhälfte schnell sehr heiss und blutreich werden musste. Die Haut röthete sich hier auch sofort und begann sehr bald stark zu schwitzen. Der Erfolg dieser Maassnahme war geradezu frappant. Mit dem Anlegen des heissen Umschlags hörten die Krämpfe sofort und dauernd auf. Nach $1\frac{1}{2}$ Minute öffnete der Kranke seine Augen, schaute sich sehr erstaunt in dem ihm ganz fremden Zimmer um und erkannte jetzt zum ersten Male seine Umgebung. Sobald ihm seine Lage klar geworden war, begann er zu weinen, beruhigte sich aber bald wieder und behielt fortan dauernd volles Bewusstsein. Die einzige Störung, die für einige Stunden sich noch bemerkbar machte, war eine ungemein grosse Neigung zum Einschlafen. So wie der Kranke aber zu schlafen begann, stand sofort auch die Athmung still und musste künstlich wieder angeregt werden. Es war daher erforderlich, den Kranken noch zwei Stunden lang ununterbrochen wach zu erhalten, indem er unterhalten und zu häufigem Sprechen veranlasst wurde. Der Puls hatte sich schon mit der Wiederkehr des Bewusstseins schnell gehoben und zugleich war die Körpertemperatur auf $37,4^{\circ}\text{C}$. hinaufgegangen. Schon am Nachmittage war der Kranke voll wieder hergestellt, nur fühlte er sich noch 3—4 Tage etwas matt. Der sehr günstige und überraschende Effect dieser so einfachen, leicht ausführbaren und zum mindesten völlig unschädlichen Methode giebt vielleicht auch anderweitig Veranlassung, sie bei ähnlichen Zuständen zu versuchen, wenn die übrigen Mittel in ihrer Wirkung versagen.“

(Wiener medic. Wochenschr. 1900 Nr. 1.)

- Heisse Bäderbehandlung zur Bekämpfung der klimakterischen Wallungen empfiehlt warm Privatdoc. Dr. Gottschalk (Berlin). Bei jenen „heissen Uebergiessungen“ und Schweissausbrüchen, wie sie besonders im Gefolge der künstlich anticipirten Klimax empfunden werden, und wo die überdies recht kostspielige Oophorinbehandlung durchaus nicht so sicher wirkt, wie vielfach geglaubt wird, hat Autor mit seiner seit 1897 geübten Methode recht gute Erfolge erzielt. Er giebt heisse Bäder von $32-33^{\circ}\text{R}$. und 20 Minuten Dauer allabendlich nach 11 Uhr; jedem Bad werden 5 Pfund Stassfurter Salz zugesetzt. Damit ist es ihm bisher stets geglückt, das Gefühl der heissen Uebergiessungen und die lästigen Nachtschweisse binnen 4 Wochen dauernd zu

beseitigen; schon nach der 1. Woche zeigte sich der Erfolg, und nach 26—28 Bädern konnte man damit aufhören.

(Therap. Beilage Nr. 3 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1900.)

- Einen Fall von Melanoglossie publicirt A. Coffin. Die 44jähr. Pat. besitzt ihr Leiden seit etwa 1 Jahr. Sie ist nervös und raucht stark. Ihre Zunge trägt auf den hinteren 2 Dritteln einen grossen schwarzen Fleck, als ob sie mit Tinte betupft wäre; nur Zungenspitze und Ränder frei. Durch die ungefärbte Raphe Fleck in 2 Theile getheilt. Papillae filiformes stark hypertrophisch, am Grunde rosafarben, ziemlich unvermittelt setzt die schwarze Färbung ein, die die Spitze überzieht. Keinerlei Störung oder Belästigung! Verfärbung nicht immer die gleiche, lässt vielmehr zeitweise an Umfang und Stärke nach; woher diese Schwankungen kommen, nicht eruierbar. Als Ursachen der Affection werden mechanische, nervöse und bakteriologische Einflüsse beschuldigt. Therapeutisch empfiehlt sich neben Reinhaltung des Mundes eine 10 %ige Salicyl-Alkohollösung zum Betupfen, mit oder ohne Abschaben der Stelle.

(Journ. des maladies cutan. et syphil. 1900 Heft 2. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30 Heft 11.)

- Chloroformwasser wird bei *Magenkrankheiten fermentativen Ursprungs* und bei *Magengeschwür* oft mit sehr gutem Erfolge gegeben, aber wegen seines *Geschmackes* gewöhnlich bald zurückgewiesen. Man verschreibe nach Dr. Bock (Berlin) deshalb zweckmässig:

Rp. Chloroform. 0,9
 solve in
 Aq. commun. 194,0
 adde
 Bismuth. subnit. 5,0
 Ol. Menth. gtt. II.
 S. Umgeschüttelt stündlich 1 Esslöffel.

(Therap. Monatshefte Juni 1900.)

- Einen Fall von Claudicatio intermittens stellt Prof. Klemperer vor. Der Pat. wurde ihm zugeschickt mit der Diagnose: Häufige Wadenkrämpfe im rechten Bein, die längeres Gehen unmöglich machen. Lässt man den 67jähr. Mann gehen, so bemerkt man zuerst nichts Abnormes; nach kaum 100 Schritten vermindert sich aber die Functionsfähigkeit

des rechten Beines und Pat. fängt an zu hinken. Dabei ist in der Wade kein Krampf zu fühlen, die Wade ist schlaff und Pat. giebt auf Befragen an, dass er nicht sowohl das Gefühl des Krampfes, als vielmehr das einer gewissen Taubheit, eines Kriebelns in dem betreffenden Bein verspüre. Es handelt sich also um die zuerst von Carcot beschriebene *Claudication intermittens*, die Autor hier zum 1. Mal gesehen hat. Der Pat. leidet an *Arteriosklerose*, die sich auch am Herzen durch leichtes systolisches Blasen bemerkbar macht; rechter Poplitealpuls nicht fühlbar. Bei dieser Krankheit handelt es sich wohl um eine besondere Localisation des arteriosklerotischen Processes in den Gefässen der unteren Extremitäten, der zur allmähigen *Obliteration der Arter. poplitea* führt. In der Ruhe ist die Blutzufuhr durch das stark verengte Gefässrohr noch genügend; sie reicht aber nicht aus, wenn beim Gehen grössere Anforderungen an die Muskelthätigkeit gestellt werden. — A. Fränkel bekommt jährlich mehrere derartige Pat. in Behandlung. Bei der zuerst 1872 von Carcot beschriebenen „*Claudication intermittente par obliteration artérielle*“ findet man oft auch ein Verschwundensein des Pulses in der Arter. dorsal. pedis. Meistens sind die Pat., wenn man sie sieht, schon jahrelang als an chron. Rheumatismus leidend mit heissen Bädern, Massage, Elektrizität, natürlich ohne Erfolg behandelt worden; diese Therapie, besonders die medicomechanische, wirkt sogar direct schädlich ein. Der Krankheitsprocess ist der Vorläufer der *Gangraena senilis*, die freilich oft erst nach langer Zeit, 10 und mehr Jahren zum Ausbruch kommt. Erb empfiehlt Jodnatrium in kleinen Dosen und temperirte Fussbäder. — Auch Weber hält das Leiden für keineswegs selten. Selten ist es an den oberen Extremitäten. Nothnagel sah einen solchen Fall mit Pulslosigkeit in der Arter. radial. Erb beschuldigt aetiologisch starkes Rauchen und Jagen, namentlich Wassergagd, wo die Jäger oft stundenlang im Wasser stehen.

(Verein f. innere Medicin in Berlin 7. V. 1900. —
Deutsche Medicinal-Ztg. 1900 Nr. 33.)

Bücherschau.

— Vom Jahrgang 1900 von Schwalbe's *Jahrbuch der Prakt. Medicin* (Verlag von F. Enke, (Stuttgart) liegen die beiden ersten Hefte (à 3 Mk.) vor, welche uns in bewährter Form mit den wissenschaftlichen Ergebnissen des Vorjahres bekannt machen. Prof. Ribbert referirt über „Allgem. Pathologie u. Patholog. Anatomie“, Prof. Seeligmüller über „Krankheiten des Nervensystems“, Dr. Lewald über „Psychiatrie“, Prof. Hochhaus über „Krankheiten der Athmungsorgane und Circulationsorgane“, Prof. Rosenheim über „Krankheiten der Verdauungsorgane“, Prof. Fürbringer über „Krankheiten der Harnorgane“, Dr. Freyhan über „Acute allgemeine Infektionskrankheiten und Zoonosen“. Alle Zeitungsartikel und neuen Werke über diese Themata sind in übersichtlicher Form und präciser Weise besprochen, so dass das Jahrbuch sich wieder als Nachschlagewerk bestens bewähren wird.

— Von der Bibliothek der Medicin. Wissenschaften (Verlag von K. Prohaska, Teschen) sind die Lieferungen 188—193 erschienen, zum Theil der „Chirurgie“, zum Theil den „Vener. und Hautkrankheiten“ gewidmet. In beiden Disciplinen finden wir wieder namhafte Autoren mit Arbeiten vertreten. Unter letzteren nennen wir: „Blasenkrankheiten“, „Blutstillung“, „Carcinom“, „Caries“, „Cystoskopie“, „Exarticulation“, „Extremitäten“, „Pemphigus“, „Pityriasis“, „Psoriasis“, „Rectumsyphilis“, „Schanker“ etc.

— Bereits in 5. Auflage liegt Band I von Lehmann's *Medicin. Handatlas* (Verlag von J. F. Lehmann, München) vor: O. Schäffer's „*Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsact und der operativen Geburtshülfe*“ (Preis: 8 Mk.). Der Erfolg, den das Werk gehabt hat, spricht eine beredte Sprache.

Der Autor hat sowohl den textlichen Theil, wie auch die vorzüglichen Abbildungen noch erweitert und vermehrt, und wird dieser Atlas zweifellos sich zu den zahlreichen alten wieder recht viel neue Freunde erwerben.

— Ein Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des 19. Jahrhunderts giebt Prof. Pagel heraus (bei Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien). Das Werk soll in 5 Abtheilungen (à 4,80 Mk.) complet sein und ca. 600 Bildnisse enthalten. Soweit wir aus der uns vorliegenden 1. Abtheilung ersehen, verspricht das Werk ein höchst interessantes zu werden, das jeder medicinischen Bibliothek zur Zierde gereichen dürfte. Kurze aber alles Wissenswerthe enthaltende Lebensbeschreibungen mit wohlgetroffenen und gut reproducirten Bildern bilden den Inhalt des recht gut ausgestatteten Buches.

— Von Dr. Liebmann's Vorlesungen über Sprachstörungen ist Heft 5 erschienen (O. Coblentz, Berlin, Preis 1,20 Mk.) enthaltend „*Uebungstafeln für Stammer, sowie für hörstumme und geistig zurückgebliebene Kinder.*“ Jedem, der sich mit diesen Gebieten praktisch beschäftigt, wird das Büchlein sicherlich die besten Dienste leisten, da der Autor in zweckmässigster und klarster Weise ganz specielle Fingerzeige und Vorschriften für die Behandlung giebt und alle Uebungen genau vorschreibt.

— Von Monti's rühmlich bekanntem Werke *Kinderheilkunde* in Einzeldarstellungen sind Heft 10 und 11 erschienen. Ersteres enthält die Darstellung der *Diphtherie*, letzteres diejenige der *Rhachitis*. Dem Praktiker, der mit diesen so häufigen Kinderkrankheiten ja so ungemein oft zu thun hat, wird das Studium dieser beiden Hefte (Preis 3,50 Mk. resp. 2.— Mk.) die erspriesslichsten Dienste leisten. Alles, was überhaupt zu wissen noth thut, bespricht der erfahrene Autor schlicht und klar; er versteht es ausgezeichnet, den Bedürfnissen der täglichen Praxis Rechnung zu tragen, das Wichtigste in kurzen Worten zu beleuchten, das Unwichtige aber zu vernachlässigen oder nur kurz zu streifen. — Im gleichen Verlage (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) erschien ferner in 3. Auflage Bum's *Therapeutisches Lexikon* (Band I). In kurzer Zeit hat dieses Werk in weitesten Kreisen der Praktiker Eingang gefunden und es verdient diese Verbreitung auch in vollem Maasse, da es dem Arzte für alle Krankheiten eine therapeutische Richtschnur bietet, die an Zuverlässigkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Die 3. Auflage ist natürlich überall

ergänzt und verbessert worden, auch neue Artikel („Ernährungstherapie“, „Klimatotherapie“, „Organsafttherapie“, „Serothérapie“, „Uebungsbehandlung der Ataxie“) wurden eingefügt. Band I führt bis zum Artikel „Kyphoskoliose.“ Möge die 2. Abtheilung recht bald nachfolgen!

— Die Kohlenoxyd-Vergiftung ist von Dr. W. Sachs (Mühlhausen) monographisch bearbeitet worden (Verlag von Vieweg & Sohn, Braunschweig, Preis: 4 Mk.). Der Verfasser hat mit grossem Fleiss alles zusammengetragen, was in klinischer, physiologischer, hygienischer und forensischer Bedeutung bisher über das wichtige Thema bekannt geworden ist, und er hat so für Aerzte, besonders beamtete, aber auch für Juristen, Schulvorsteher etc. ein unentbehrliches Nachschlagebuch und Orientierungswerk geschaffen, zumal es an einem solchen bisher gefehlt hat. Die Einteilung des Stoffes ist eine durchaus zweckmässige und übersichtliche, die Darstellung klar und präcis, eine sehr reiche Litteratur benützt und am Schluss des Buches genau registrirt. Der Verfasser hat sich ein wirkliches Verdienst erworben, das sicher allenthalben warmer Anerkennung begegnen wird.

— Von der Encyclopädie der Therapie, herausgegeben von O. Liebreich (Verlag von A. Hirschwald, Berlin), ist nunmehr der 3. Theil von Bd. III erschienen, und damit liegt das grosse Werk complet vor. Wir haben demselben schon so oft warme Empfehlungsworte mit auf den Weg gegeben, dass es überflüssig erscheint, dies heute noch einmal zu thun. Wir wollen nur hervorheben, dass trotz der nicht unerheblichen Anschaffungskosten (Preis der 3 Bände 72 Mk.) der Besitz des gewaltigen, 5466 einzelne Artikel enthaltenden Werkes nicht zu theuer kommt, da letzteres die Anschaffung manch anderen Werkes überflüssig macht. Findet man doch darin ausser den Krankheiten und einzelnen Krankheitserscheinungen jeden Badeort, jedes Hilfsmittel der Krankenpflege, jede Arzneipflanze, jedes Heilmittel, jede Heilmethode u. s. w., und zwar lexicographisch geordnet, so dass die Brauchbarkeit eine eminente wird. Dieselbe wird noch erhöht durch ein sehr eingehendes Register, das den Schluss des Werkes bildet.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 12.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

September

IX. Jahrgang

1900.

Die früher erschienenen acht Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Ueber Chirol,

ein neues Mittel zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes, macht Prof. R. Kossmann (Berlin) Mittheilung. Der Erfolg der Sterilisation der Haut ist bekanntlich trotz aller empfohlenen Mittel noch ein recht unvollkommener, und zwar nicht wegen der ungenügenden baktericiden Kraft der Desinfectionsmittel, sondern wegen der *Unzugänglichkeit der Ablagerungsstätten der Keime in der Haut*. Versuche haben gelehrt, dass selbst Hände, die sich nach der Sterilisation scheinbar als keimfrei erwiesen haben, bei 5 Minuten dauerndem Aufenthalte in warmem sterilem Wasser, ohne dass inzwischen eine neue Verunreinigung möglich gewesen ist, massenhaft Keime an das Wasser abgaben, was nur dadurch erklärt werden kann, dass durch die Erweichung und Quellung der Epidermis tieferliegende Ablagerungsstätten der Keime zugänglich werden. Die Consequenz der Erkenntniss dieser Dinge war

Epidermis fest genug anhaftet, um Schweiß und jede Flüssigkeitsansammlung zwischen Ueberzug und dermis unmöglich zu machen, das ferner dünn genug um das Tastvermögen ganz unbeeinflusst zu lassen elastisch genug ist, um nicht rissig zu werden und Schüppchen abzuschälen, das sich endlich in eine Epidermis nicht schädlichen Flüssigkeit leicht wieder auflöst. Nach umfassenden Versuchen ist es der Firma J. D. R. (Berlin) gelungen, einen Stoff zu finden, der allen Bedingungen entspricht: Chirol, eine klare, in großer Menge gelbliche Flüssigkeit, die eine *Auflösung gelber Hartharze und fetter Oele in einem Gemisch leichtflüchtiger Aether und Alkohole* ist. Die möglichst desinficirte und sorgfältig getrocknete Hand taucht man wenige Sekunden in ein mit Chirol gefülltes Becken ein (wobei man mit gespreizten Fingern darin bewegt, auch die Hand öfters krümmt und streckt), zieht sie dann heraus, lässt paar Sekunden abtropfen, hält sie alsdann sogleich mit den Fingerspitzen aufwärts (etwa in Brusthöhe) und hat nach 2—3 Minuten einen trockenen Ueberzug, der, wie die Praxis zeigte, genügend haltbar ist, um für grössere Operationen sogar auszureichen (selbst wenn unterdessen eine Stelle reissen sollte, so handelt es sich doch nur um geringe Defecte und einen kleinen Theil der Operationsdauer). Abspülen der Hände während der Operation mit sterilem Wasser, Sublimat-, Chinosol-, auch 5% iger Formalinlösung verträgt der Ueberzug, nur Lysol vermag ihn zu zerstören. Chirol, in luftdichten Gefässen vor Verdunstung geschützt, kann lange Zeit benutzt werden: wird das

(mittels Stieltupfers), damit man dasselbe während der Operation event. ruhig anfassen kann.

(Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 23.)

— Versuche über Händedesinfection führten Sarwey (Tübingen) zu folgenden Schlüssen:

1. Von den verschiedenen Methoden zur Keimentnahme von den Händen ist die von Fürbringer inaugurierte *Hölzchenmethode* unter allen Umständen die zuverlässigste und zweckmässigste.

2. Die *Heisswasser-Alkohol-desinfection* nach Ahlfeld und die *Seifenspiritusdesinfection* nach v. Mikulich sind nicht im Stande, die Hände keimfrei zu machen, wohl aber gelingt es mittelst beider Methoden in annähernd gleichem Maasse, die mit den gewöhnlichen Handkeimen massenhaft beladenen Hände sehr keimarm zu machen.

3. Die mit der *Wachsmarmorstaubseife* nach den Angaben von C. L. Schleich vorgenommene rein mechanische Desinfection der Hände ist nicht im Stande, eine wesentliche Verminderung der Keime, geschweige denn eine Sterilität der Hände herbeizuführen.

(29. Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. — Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 28.)

— Seifenspiritus in fester Form zur Haut- und Händedesinfection demonstriert Vollbrecht (Düsseldorf). Ein hochprocentiger Alkohol, durch Zusatz von guter Mandelseife fest gemacht, *gestattet die Desinfection ohne Mitverwendung von Wasser*. Die Herstellung des Präparats ist folgende: 60 g gute Mandelseife des Handels werden geschabt und in einem Glaskolben nach Zusatz einer hinreichenden Menge von Alkohol (97 %) im heissen Wasserbade gelöst. Nach der Lösung wird der Spiritus bis zu 1 l aufgefüllt. Die flüssige Masse wird in geeignete Formen gefüllt und nach dem Erstarren in Stücke geschnitten. In Staniol verpackt ist sie gut haltbar. Oder aber die flüssige Alkoholseife wird in eine Art Flaschenkapsel gegossen, welche nach dem Festwerden des Inhalts durch zweimaliges Umbiegen ihres offenen Endes geschlossen wird. Derartige „Patronen“, enthaltend 35 g, hinreichend zu einer einmaligen Desinfection, kosten 1½ Pfennig, sind also *sehr billig*. Man kann aber auch eine Art Cream bereiten und in Zinntuben füllen. Man desinficirt nun so, dass man den auf eine Handbürste

aufgetragenen festen Seifenspiritus 5 Minuten lang kräftig in die Haut einreibt. Die Hände werden dabei nicht schlüpfrig, auch nicht im Mindesten angegriffen. Die desinficirende Kraft ist, wie Versuche ergaben, eine durchaus genügende, der feste Seifenspiritus leistet so viel wie die Methoden von Fürbringer und v. Mikulicz, er eignet sich sehr für den Praktiker, speciell den Landarzt. Angezündet kann er auch zum Ausglühen von Instrumenten verwendet werden.

(Ibidem.)

— Versuche über Wäschedesinfection wurden in der Hygien. Untersuchungsstation des I. Armeecorps (Königsberg) gemacht, und fasst Dr. Förster die Ergebnisse über die zweckmässigste Wäschedesinfection in folgende Sätze zusammen:

1. Es gelingt leicht und sicher, inficirte Wäsche durch Einlegen in kalte, 10fach verdünnte Kresolseifenlösung (Kresolwasser der Pharmakopoe) zu desinficiren.

2. Zur Erzielung der vollen Wirksamkeit genügen 6 Stunden.

3. Ein längeres Einlegen (24 Stunden) schadet der Wäsche nicht, im Gegentheil ist dieses Verfahren mehr geeignet, als das Einlegen in kaltes Wasser, da in der Kresolseifenlösung eine Verseifung der etwa vorhandenen Fettsubstanzen in den Flecken vor sich geht.

4. Die einzige Schwierigkeit können Blutflecken machen. Dieselben werden aber auch beim Einlegen in kaltes Wasser fixirt, wenn sie nicht durch mechanisches Reiben mit den Händen oder durch die Maschine nach dem Kalt-Einlegen und vor dem Erhitzen entfernt werden. Letzteres ist also zur völligen Beseitigung durchaus nothwendig.

5. Demnach hat man mit inficirter Wäsche folgendermaassen zu verfahren: Die Krankenwäsche wird sofort nach dem Gebrauch auf der Krankenstube oder deren Vorraum in kaltes Kresolwasser eingelegt, so dass sie davon völlig durchtränkt wird. So bleibt dieselbe 6—24 Stunden stehen. Alsdann wird sie zur Waschküche gebracht und entweder in der Maschine zuerst kalt bezw. mässig warm bis etwa 40° C. ausgespült, wobei die Trommel bewegt wird, oder sie wird in einem Bottich gespült und die Flecken werden mit der Hand ausgerieben. Darnach erfolgt der Waschprocess wie gewöhnlich.

(Hyg. Rundschau 1, Juni 1900.)

Blutungen. Einen Fall von Henoch'scher Purpura demonstrierte Goldstücker. Henoch stellte 1874 die Affection als selbständiges Krankheitsbild auf. Der Beginn ist gleich dem einer gewöhnlichen Purpura haemorrhagica: Rheumatische Schmerzen, Schwellung der Gelenke und Purpuraeruption, besonders an den unteren Extremitäten. Bald aber ändert sich das Bild. Unter Temperatursteigerung stellen sich lästige gastrointestinale Erscheinungen ein. Zunächst wird der Leib druckempfindlich, leicht aufgetrieben. Unter starkem, fast unstillbarem Erbrechen galliger Massen treten lästige Kolikanfälle auf, welche Nachts einen ganz excessiven Charakter annehmen. Am nächsten Tage wird der Stuhl diarrhoisch, ohne zunächst Blut zu enthalten, eine Eigenschaft, die aber nach kürzerer oder längerer Zeit sicher eintritt. Dieser qualvolle Zustand hält mehrere Tage oder auch Wochen an, um dann einer langsamen Reconvalescenz Platz zu machen. In dieser anfallsfreien Zwischenzeit gesellen sich nun Erscheinungen einer acuten haemorrhagischen Nephritis hinzu. Nach Wochen oder Monaten tritt ein gleicher Anfall auf, ihm folgt wieder eine Zeit relativer Ruhe, darauf eine neue Attaque u. s. w. Antor's Pat. nun, ein 15 jähr. Bäckerlehrling, will früher nie ernstlich krank gewesen sein, speciell nie Blutungen gehabt haben. 2 Tage vor seiner Aufnahme schwellen ihm beide Füße an, rheumatische Beschwerden traten auf und ein brandrother Ausschlag an beiden Beinen gesellte sich hinzu. Bei der Aufnahme ein dementsprechendes Bild. Keine B. an Schleimhäuten, an den Augen, kein Eiweiss oder Zucker im Urin. Am nächsten Tage Gelenkschwellungen zurückgegangen, Abends traten bei einer Temperatur von 40,1° C. Leibscherzen auf. Diese werden in der Nacht stärker und schliesslich so intensiv, dass Pat. vor Schmerzen laut schreit. Dabei Erbrechen beträchtlicher Mengen grüner Massen, welche chemisch indifferent sind, kein Blut enthalten. Dieser Zustand die ganze Nacht hindurch. Tags darauf dünner Stuhl, kein Blut. In der folgenden Woche ändert sich das Bild fast gar nicht: Am Tage relative Ruhe, Nachts heftige Schmerzen mit Erbrechen und diarrhoischen Entleerungen, welche jetzt Blut enthalten. Dauer des Anfalls 10 Tage. Nach Ablauf desselben im Urin Blut, Eiweiss, hyaline und gekörnte Cylinder nachweisbar, Stuhl frei von Blut. Nach ca. 3 wöchentlicher Zwischenzeit unter den Prodromalerscheinungen (Purpura, rheumatische Beschwerden, Gelenkschwellungen) neuer, 3 Tage anhalten-

der Anfall. Nephritis besteht unverändert fort. Eine 3. Attaque nach 5 Monaten: keine Besonderheit gegen die früheren, Dauer 10 Tage. Jetzt ist Pat. seit 14 Tagen beschwerdefrei, nur die haemorrhagische Nephritis besteht fort und trübt die Prognose. Nach Henoeh geht die Affection meist, bei symptomatischer Therapie, in völlige Heilung über.

(Medicin. Section d. Schles. Gesellschaft f. vaterl. u. d. Cultur in Breslau, 27. IV. 1900.—
Allgem. medic. Central-Ztg. 1900 Nr. 33.)

- Gelatine bei einem Falle von Nierenblutung wandte mit eclatantem Erfolge Dr. Schwabe (Langensalza) an. Bei einer acuten Nephritis haemorrhagica, bei der die B. überhandnahmen und alle therapeutischen Maassnahmen im Stich liessen, liess Autor endlich eine 2 % ige Lösung von Gelatine medic. in lamellis in physiol. Kochsalzlösung herstellen, auf 100° C. erhitzen und abkühlen, dann auf 37° C. erwärmen und dann je 25 ccm davon unterhalb des linken und rechten Schlüsselbeins langsam subcutan injiciren. Leichter Schmerz, keinerlei üble Nebenwirkungen, verblüffender Erfolg. Schon am nächsten Tage Blutgehalt wesentlich geringer, noch geringer nach der 2. und letzten Injection. Jetzt noch 8 Tage pro Tag $\frac{1}{2}$ l einer 10 % igen Gelatinelösung zu trinken ordinirt. Nach einigen Tagen Blutgehalt ganz verschwunden, nach kurzer Zeit Pat. überhaupt genesen.

(Therap. Monatshefte 1900 Nr. 6.)

- Nachtheilige Erfahrungen bei der subcutanen Anwendung der Gelatine als blutstillendes Mittel wurden in der Eichhorst'schen Klinik (Zürich), wie Dr. M. Freundweiler mittheilt, in 2 Fällen gemacht. Beide Male handelte es sich um *Nephritis* (N. parenchymatosa chron. haemorrhagica resp. N. acuta haemorrhagica postpuerperalis), und wurden gegen die B. der Nieren und aus anderen Organen Gelatineinjectionen genau nach Vorschrift gemacht. Beide Male kam es unmittelbar darnach zu *sehr intensiver Haematurie und Haemoglobinurie*, zugleich aber auch zur *Verstärkung der Albuminurie*. Die Gelatine oder ihre Spaltungsproducte verlassen wohl durch die Nieren den Körper und reizen das schon erkrankte Organ. *Erkrankung der Nieren bildet also eine Contraindication gegen Anwendung der Gelatine.*

(Centralblatt f. innere Medicin 1900 Nr. 27.)

- 3 Fälle von tödtlicher parenchymatöser Magenblutung beschreibt Dr. Reichard (Augusta-Hospital Berlin). In dem 1. Falle traten bei dem 56jähr. Pat. die B. plötzlich nach einer wenige Tage vorher ausgeführten Abdominaloperation auf, in den beiden anderen Fällen (Frauen von 34 resp. 26 Jahren) wurden die Pat. wegen der abundanten B. zur Operation geschickt. In allen 3 Fällen wurde die Anaemie so stark, dass alle Mittel versagten und der Tod eintrat. Bei der Section fand sich keine nachweisbare Quelle der B. weder am Oesophagus noch am Magen oder Duodenum, die Ursachen der B. blieben unklar.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 20.)

Cataracta. Jodkalium soll, wie Augenärzte, vor allem v. Arlt, bekundeten, einen gewissen hemmenden Einfluss auf die Progression einer C. besitzen. Auch Wolffberg hat, wie er mittheilt, zahlreiche Versuche gemacht, hat 5⁰/₀ ige Jodkaliumsalbe in die Schläfe eingerieben, gleichzeitig auch 5⁰/₀ ige Lösung in den Conjunctivalsack eingeträufelt.

Rp. Kal. jod. 0,5
Aq. dest. q. s.
Ad. suill. 2,0
Lanolin. 10,0—15,0

Die Behandlung schien vielfach von Einfluss zu sein, doch will Autor Bestimmtes über den therapeutischen Werth der Ordination nicht sagen. „Immerhin ist sie mangels in Betracht kommender aetiologischer Momente anzuempfehlen und zwar nicht nur ut aliquid fiat, sondern auch weil die Möglichkeit eines günstigen Einflusses einstweilen nicht abzustreiten ist.“

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 17. IV. 1900.)

Diabetes. Ueber D. insipidus und Enuresis macht Dr. A. Hock eine Mittheilung. Enuresis ist eine sehr wenig gekannte Folgeerscheinung des D. insipidus, kann aber auch so sehr in den Vordergrund der Erscheinungen treten, dass sie die einzige Klage des Pat. bildet, was öfters dazu führt, dass der D. ganz übersehen und der Pat. als Simulant erklärt wird, wie es bei dem Pat. Hock's der Fall war, einem 30jähr. Maschinenarbeiter. Dieser litt in seinem 22. Lebensjahre durch 4 Monate an grossem Durst und unwillkürlichem Harnabgang während des Schlafes. Nach

Einnehmen eines Medicamentes während zweier Monate verschwanden damals die Erscheinungen. Seit 6 Monaten (laut Krankengeschichte vom 6. XII. 1899) bemerkt Pat. wieder grossen Durst. Seit 2 Monaten floss ihm der Harn beinahe jede Nacht während des Schlafes ins Bett. Wenn Pat. während der Arbeit das Uriniren vergass und etwa 1 Stunde nicht urinirt hatte, trat diese Enuresis gelegentlich auch bei Tage auf, und zwar nicht tropfenweise, sondern eine grössere Menge entleerte sich in kräftigem Strahl. Pat. hatte unmittelbar vorher keinen Harndrang, spürte, wie der Harn durch die Harnröhre lief, war jedoch nicht im Stande, ihn zurückzuhalten. Die unwillkürliche Harnentleerung war aber keine vollkommene, Pat. konnte unmittelbar nachher noch $\frac{1}{4}$ l Harn entleeren! Er leidet auch an Pollakiurie, urinirt bei Tage mindestens 10 Mal, bei Nacht 3 mal. Hie und da hat er auch ein unangenehm schmerzhaftes Gefühl über der Symphyse. Wegen der Enuresis suchte er eine Klinik auf, von welcher er nach 13 tägigem Aufenthalte als Simulant wieder entlassen wurde. Er liess sich dann in das Josephstädter Krankenhaus aufnehmen, wo ihn Autor untersuchte. Pat. war seit dem 15. Lebensjahre starker Potator, trank an Sonntagen bis 30 Glas Bier, auch etwas Schnaps. Infeirt war er nie. Sein ältester Bruder litt im 20. Jahre an Enuresis. Polyurie und Nervenkrankheiten nicht in der Familie. Seine Untersuchung bot sonst keine wesentliche Momente dar, nur schwankt die Menge des von Zucker und Eiweiss freien Harnes zwischen 5—7 $\frac{1}{2}$ l; specif. Gewicht 1002—1005, mikroskopisch nichts Pathologisches. Handelte es sich hier um einfache, idiopathische Enuresis? Bei einem 30jähr. Manne war das kaum anzunehmen. Mangelhafte Entwicklung der Prostata, Prostatahypertrophie, Stricture, event. alles Ursachen für Enuresis, lagen nicht vor, ebensowenig paradoxe Ischurie, Rückenmarksaffectionen, Polyneuritis alcoholica, welche letztere öfters Harnincontinenz bewirkt, und an die man hier leicht denken konnte; auszuschliessen waren auch Sphinkterlähmung, Epilepsie. Und die Polyurie? D. mellitus war sicher nicht vorhanden, da sich nie Zucker vorfand, auch Schrumpfnieren nicht (Fehlen von Eiweiss, von Herzhypertrophie, von uraemischen Erscheinungen!), ebensowenig Hysterie. Es handelte sich offenbar um D. insipidus, wahrscheinlich eine Folge des *Abusus spirituos.*, der im Laufe von 8 Jahren 2 mal wiederkehrte und seinerseits die Ursache der Enuresis war, wofür das prompte

Nachlassen derselben gleichzeitig mit dem der Polyurie sprach. Die anfängliche Behandlung der Enuresis allein (Wecken in der Nacht, endourethrale Faradisation) blieb erfolglos, erst die Behandlung des D. brachte Besserung. Auf *Ergotin* besserte sich die Polyurie; Heilung derselben und der Enuresis trat aber erst nach einer *Durstcur* ein, auf eine längere Zeit fortgesetzte starke Einschränkung der Getränke. Enuresis als Folge des D. insipidus scheint sehr selten zu sein, diagnostische Irrthümer sind in Folge Unkenntniss des Zusammenhanges leicht möglich, kommen sogar bei längerer klinischer Beobachtung vor, wie obiger Fall zeigt. Sie sind zu vermeiden, wenn man der Harnmenge Aufmerksamkeit schenkt; in manchem Falle wird man schon aus dem *niedrigen specif. Gewicht* des Harnes auf die Diagnose Polyurie kommen.

(Prager med. Wochenschr. 1900 Nr. 27.)

- Einen Fall von rasch letal endendem D. vermuthlich nach einem psychischen Trauma, publicirt Dr. J. Frank (Gablonz). Es handelte sich um einen 19jähr., hereditär nicht belasteten Jüngling, der bisher ganz gesund gewesen war, aber wegen einer seit Kindheit bestehenden Coxitis zu Prof. Lorenz nach Wien geschickt wurde, von dem am 3. X. unter leichter Narkose das Hüftredressement vorgenommen wurde. Es ging darauf sehr gut, bis am 2. XI. von Lorenz der Gipsverband entfernt wurde. Dabei war Pat. furchtbar aufgeregt, zitterte am ganzen Körper, verlor sofort den Appetit und bekam unstillbaren Durst; die genossenen Getränke wurden mehrfach erbrochen, der Schlaf fehlte, Pat. kam sehr herunter. Am 8. XI. kehrte er in die Heimath zurück, und als ihn Frank hier wiedersah, war er erstaunt über die Veränderung, die mit dem Pat. vor sich gegangen war. Derselbe machte einen schwerkranken Eindruck, der Kräfteverfall war ein ausserordentlicher. Die Urinuntersuchung ergab 6 % Zucker. Trotz sorgfältiger Behandlung kam Pat. unter Zunahme des Leidens immer mehr herunter, der Zuckergehalt blieb ein collossaler, unter zunehmendem Collaps erfolgte schon am 29. XI. der Exitus. Höchstwahrscheinlich war der schwere D. veranlasst durch die Furcht vor einem neuen Eingriff gelegentlich der Verbandsabnahme, durch diese seelische Erschütterung. Fälle von D. nach psychischem Trauma sind schon früher vereinzelt veröffentlicht worden.

(Prager medic. Wochenschrift 1900 Nr. 26.)

— Auf die Bedeutung Marienbads für Diabeteskranke macht Dr. H. Kopf (Marienbad) aufmerksam. Dieselbe ist noch wenig bekannt, obwohl thatsächlich dort auch bei D. schöne Erfolge erzielt werden, wie Autor in Hinsicht auf ca. 150 in den letzten 10 Jahren beobachtete Fälle versichern kann. Vielfach war nach Ablauf der 4. Woche nach Verabreichung täglicher 600—1000 g Kreuzbrunnen und tagstüber ungefähr ebensoviel Rudolfsquelle mit Zuhülfenahme von kohlensäurehaltigen lauwarmen Bädern oder kalten Abreibungen des ganzen Körpers, sowohl der Zuckergehalt quantitativ nicht mehr nachweisbar, als auch die übrigen pathologischen Bestandtheile des Harns fast ganz geschwunden.

(Die Therapie der Gegenwart Juni 1900.)

Ekzem. In Bezug auf das Thema E. und Vaccination theilt Cremer (M.-Gladbach) folgenden Fall mit: Am 9. X. 1899 kam das am 8. II. 1899 geborene Kind wegen eines typischen, stark nässenden Ekzems des Gesichts in Behandlung. Nach Angabe der Mutter, welche das Kind selbst stillt, besteht das Leiden seit etwa 4 Monaten. Therapie: Oelumschläge und Boroessypuspaste. Am 12. X. wesentliche Verschlimmerung. Haut des ganzen Gesichts stark geschwollen, über und über mit linsen- bis 5 pfenniggrossen eitergefüllten Blasen mit centraler Depression bedeckt; die Einzelefflorescenz zeigte alle Merkmale der Vaccinationspustel. Augenlider bretthart, stark ödematös, so dass es nur mit grosser Mühe gelingt, sie ein wenig zu öffnen. Unter dem Nagel des linken Zeigefingers eine Pustel hämorrhagischen Charakters, wovon unter dem freien Nagelrande sich eine kleine Kuppe hervorbuchtet. Auf Befragen theilt die Mutter mit, dass ihre 2 anderen Kinder am 26. IX. geimpft seien, und zwar ein 5 jähr. Mädchen zum 1. Mal (bisher wegen E. nicht geimpft) und ein 3 jähr. Knabe zum 2. Mal. Wie die Untersuchung ergiebt, sind beide Kinder mit Erfolg geimpft; jedes zeigt 4 in Rückbildung begriffene Pusteln. Die Mutter kann sich die Möglichkeit einer Uebertragung des Impfstoffes auf den Säugling nicht erklären, doch giebt sie zu, dass das Mädchen letzteren auf dem Schoosse gehalten habe. Am 14. X. liess das vorher beim Säugling bestehende Fieber nach. Rückbildung der Pusteln, Lider können wieder geöffnet werden. Aber die Mutter klagt über Schmerzen in beiden Brüsten, dem Mundwinkel und der Zunge; vor einigen Tagen habe sie Frösteln gehabt. An beiden Brüsten (welche Schrunden aufweisen)

3 resp. 4 typische Vaccinapusteln, am rechten Mundwinkel 2 grosse Ulcera, ein Ulcus am Frenulum lignae (aus prall mit Eiter gefüllten Blasen hervorgegangen!), rechte Wange stark geschwollen, leichte Stomatitis. Mutter (32 Jahre alt) zuletzt vor 20 Jahren geimpft. — Dieser Fall mahnt wieder dringend, *ungeimpfte Kinder, welche mit Gesichtsekzem etc. behaftet sind, nicht in nähere Berührung mit Impfingen zu belassen* oder, wenn solches nicht zu umgehen, Cautelen zu schaffen, welche eine Uebertragung zu verhüten geeignet sind.

(Dermatolog. Centralblatt III, 3.)

- Einen neuen Fall von acuter Dermatitis durch Hantiren mit *Rhus toxicodendron* hat Dr. R. Immerwahr (Berlin) zu verzeichnen. Ein Gärtner kam mit der Angabe, er leide seit 5 Tagen an einem Ausschlage am rechten Arm und Jucken am ganzen Körper. Auf der Streckseite des rechten Unterarmes ein über handflächengrosser, erythematöser, mit zahlreichen kleinen Bläschen bedeckter Fleck; ein Theil desselben zu grossen Blasen zusammengefloßen. In der Umgebung des Fleckes noch mehrere vereinzelte, auf entzündeter Basis sitzende Blasen und Bläschen. Der ganze Unterarm leicht ödematös geschwollen. An beiden Händen zahlreiche Rhagaden. Am rechten Oberschenkel und in der Unterbauchgegend zahlreiche erythematöse Flecke, einige kleine, zum Theil eingetrocknete Pustelchen und viele Kratzeffekte. 2—3 Tage vor dem Auftreten war Pat. mit Umgraben von *Rhus toxicodendron* beschäftigt gewesen! Ein ähnlicher Fall ist schon publicirt. Die Pflanze enthält einen Giftstoff, der sehr intensiv wirkt. Pat. erinnerte selbst an jene Hantirung, bei der er sich vielleicht an den spitzigen Blättern verletzt hatte. Unter indifferenter Salbenbehandlung, mit abschliessendem Verbande am Arme Abheilung in wenigen Tagen.

(Dermatolog. Centralblatt Juni 1900.)

Epilepsie. Dr. Kothe (Friedrichsroda) giebt seine Erfahrungen über Behandlung der E. bekannt. Ein einzelnes specifisches Mittel gegen die idiopathische E. giebt es nicht; zu einer erfolgreichen Behandlung derselben bedarf es vielmehr des streng methodischen Zusammenwirkens einer ganzen Reihe von Factoren. Diese Behandlung muss möglichst früh, d. h. möglichst sofort nach Feststellung der Natur der Erkrankung beginnen und möglichst lange, d. h.

nicht unter $\frac{1}{2}$, möglichst aber 1—2 Jahre ununterbrochen andauern, woran sich dann die Ueberführung in passende definitive Lebensverhältnisse unmittelbar anschliessen muss. Die Cur wird am besten in einer speciell hierfür eingerichteten, auch klimatisch günstig gelegenen Anstalt unternommen (nach Binswanger am besten walddreicher Ort in mittlerer Höhenlage). Der eigentlichen Cur hat eine genaue Beobachtung voranzugehen, auf Grund deren als 1. Act der Behandlung eine sorgfältige Regulirung der ganzen Lebensführung, also aller psychischen, motorischen und vegetativen Leistungen einzutreten hat. Ganz besondere Sorgfalt erfordert die Pflege des Schlafes und der Bettruhe, nicht minder die Regelung der Diät. Von den inneren Mitteln haben sich die Bromverbindungen als die wirksamsten bewährt, von denen neuerdings das *Bromipin* wegen seiner kräftigen und nachhaltigen Wirkung besondere Beachtung verdient. Es besitzt im höchsten Grade die den anderen Bromverbindungen nachgerühmten Heilwirkungen ohne deren Nachtheile. In täglichen Gaben von 15—40 g beseitigt es sicher und für längere Zeit die Anfälle und wirkt direct günstig auf Psyche und Intellect ein. Als leicht verdauliches Pflanzenfett (Sesamöl) kommt auch sein hoher Nährwerth in Betracht. In Fällen, in welchen das Oel per os nicht gern genommen wurde, gab es Autor in Form von *rectalen Injectionen* und fand es in der gleichen Dosis ebenso wirksam (auf einmal Abends vor dem Schlafengehen applicirt). Darmreizung und sonstige unangenehme Nebenwirkungen blieben aus. Neuerdings lässt er, veranlasst zuerst durch die bei Damen zu nehmenden Rücksichten, die Eingiessungen alle 4 Wochen mehrere Tage aussetzen und während dieser Zeit das Bromipin per os nehmen oder, besser noch, ein Bromwasser gebrauchen, wodurch gleichzeitig der wünschenswerthe Wechsel im Praeparat erzielt wird. Was die Resorption des rectal einverleibten Bromipins betrifft, so zeigten Untersuchungen, dass es in therapeutisch wirksamer Menge resorbirt wird. Auch beim Status epilepticus scheint es keine bessere Form der Darreichung zu geben. Von der für veraltete und hartnäckige Fälle von Flechsigt bestimmten, nicht ungefährlichen Opiumbromeur macht Kothe keinen Gebrauch mehr, seitdem er die Erfahrung gemacht hat, dass man durch *strenge Bettruhe und Fernhaltung psychischer Reize* auch ohne jene Medicamente schöne Erfolge erzielt, wenn man Bromipin zu Hülfe nimmt. Er behandelt also jetzt jeden Fall von

E., gleichgültig ob frisch oder veraltet, ob leicht oder schwer, von vornherein mit einer mehrwöchigen Bettruhe, welche nur 1 höchstens 2 mal wöchentlich durch ein kurzes warmes Bad unterbrochen werden darf; daneben selbstverständlich geeignetes hygienisch-diätetisches Régime, aber zunächst keine Medicamente. Erst nach mehreren Wochen setzt er, unter, mindestens noch 1wöchiger Fortdauer der Bettruhe, mit der Brombehandlung ein, zunächst mit 15 g Bromipin beginnend (meist per rectum!) innerhalb 6—7 Wochen auf 30—40 g steigend, auf dieser Höhe dann 2—3 Wochen stehen bleibend, um dann in den nächsten 6—7 Wochen zur ursprünglichen Dosis zurückzukehren. Dieser Turnus wird, je nach dem Falle, verschieden oft wiederholt, aber ohne die einleitende Bettruhe. Mit dieser Methode hat Autor Erfolge erzielt wie nie zuvor.

(Neurolog. Centralblatt 1900. Nr. 6.)

- Die Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet erörtert Oberarzt Dr. P. Näcke (Hubertusburg). Diese beiden Pariser Psychiater gaben jüngst einen neuen Weg der Behandlung an. Sie wollten *den Körper durch Entziehung der überflüssigen Mengen von Chlorsalzen für die Bromwirkung empfindlicher machen*, da Brom im Organismus an Stelle des Chlors tritt, und die Erfahrung lehrt, dass der moderne Stadtbewohner mehr an Salzen vertilgt, als er braucht, weil schon die gewöhnliche gemischte Kost, insbesondere durch das Fleisch, auch wenn ungesalzen, den Salzbedarf völlig deckt. Wir leben daher meist im Zustande der „Hyperchlorirung“, der schädlich werden kann. Toulouse und Richet stellten nun ein besonderes Regimen auf, bestehend aus Milch, Eiern, Fleisch, Mehl und Kartoffeln, welches ungesalzen dem Körper nur gerade genügend Salzmengen zuführte. Später ward der grösseren Einfachheit halber Milchdiät oder die gewöhnliche, aber ungesalzene Kost verabreicht. So wurden zahlreiche Epileptiker behandelt, meist solche, die fast täglich Anfälle hatten; neben jener Kost erhielten sie nur pro die 4 g, später 2 g Bromnatrium, also das minder gefährliche, freilich weniger active Bromsalz. *Sofort nach Eintritt in diese künstliche „Hypochlorirung“ nahm die Zahl der Krämpfe und Schwindel ganz erheblich ab, bis zum Verschwinden*, und zwar in den ersten 2 Wochen mehr als später, und bei längerer Cur mehr, als bei kürzerer. In den meisten Fällen verschwanden im Verlaufe der ersten

2 Wochen die Krämpfe völlig, um dann wieder ab und an aufzutreten. Es liess sich sicher nachweisen, dass weder die Bromsalze allein, noch das Régime allein so ausserordentlich günstig wirkten, sondern beide zusammen mit der Salzentziehung, wodurch das Brom so mächtig eingriff, dass sogar 4 g Natr. brom. Intoxicationerscheinungen hervorrufen konnten. Es war in der That bei Toulouse, den Nücke 1899 besuchte, wunderbar zu sehen, wie nach Beginn der Cur wie mit einem Schlage die Symptome der E. meist verschwanden, um nur später hier und da wieder einmal aufzutreten, öfter aber gar nicht mehr, wie aber sofort nach Aufheben der Cur der alte Status sich wieder einstellte. Gerade die schwersten Formen erschienen für die Behandlung am günstigsten, und schadlos liess sich Monate lang die Entsalzung fortsetzen. Ob Heilungen zu erzielen sind, lässt sich wegen Kürze der Zeit noch nicht sicher sagen. Jedenfalls fordern die Versuche dringend zur Nachprüfung auf, da sie vom Entdecker so zahlreich und genau angestellt sind, dass ein blosser Zufall ausgeschlossen werden kann, vielmehr die „metatrophische Methode“ schon jetzt mindestens als eine Bereicherung des epileptischen Heilapparates anzusehen ist, ja der Umstand allein, dass bei Entsalzung des Körpers *die Bromdosen stark vermindert* und auch die weniger activen gewählt werden können, als hoher Gewinn zu bezeichnen ist. Reine Milchdiät genügt ja völlig, da der Körper nicht mehr als 2 g Salz täglich braucht: doch da jene oft verweigert und nicht gut vertragen wird, lässt Toulouse jetzt den Pat. *die früher gewohnte Kost nur ungesalzen* verabreichen, hält also eine specielle Kost, die er früher angab, für überflüssig. Das erleichtert noch die Benützung der Methode, die Erfolge aufzuweisen hat, wie keine zuvor, und daher sicherlich volle Beachtung verdient.

(Neurolog. Centralblatt 1900 Nr. 14.)

- Einen Beitrag zur Frage der puerperalen Kramp fzustände liefert A. Ferberg. Bekanntlich sind neben den hysterischen Kramp fzuständen intra et post partum die meisten eklamptischer Natur, und hier wiegen wieder die urämischen Eklampsien, also die durch Nierenaffectionen bedingten, bei weitem vor. Daneben kommen aber auch Eklampsien vor, wo die Nieren ganz intact zu sein scheinen, und man hat sich hier aus Unkenntniss über die Aetiologie damit geholfen, dieselben als „der E. nahestehend“ oder als

„functionelle Neurosen“ u. dgl. zu bezeichnen. Einen solchen Fall beobachtete intra partum auch Ferberg. Die Pat. hatte vordem weder an E. noch an anderen Krämpfen gelitten, erst intra partum stellten sie sich ein. Für eine Betheiligung der Nieren sprach nichts. Post partum hörten zwar die Krämpfe auf, doch starb Pat. 2 Tage später. Wie sich nachher ergab, war vor 2 Jahren die Schwester der Pat., nachdem sie einem Knaben das Leben geschenkt, an den gleichen, durchaus den eklampthischen gleichenden Krämpfen erkrankt und dabei gestorben; diese Schwester hatte aber schon ihr ganzes Leben lang an Krämpfen gelitten, nur nicht an so starken, wie post partum. Und auch der Grossvater der Pat. litt an Krämpfen. Es handelte sich also um eine offenbar epileptische Familie, und Autor nimmt an, dass auch die Krämpfe seiner Pat. nichts Anderes waren als *acute E.* Pat. war jedenfalls in Folge hereditärer Belastung schon ihr ganzes Leben lang epileptisch, nur befand sich bei ihr die E. gewissermaassen in einem latentem Stadium, entsprechend etwa den anfallsfreien manchmal Jahre langen Lebensperioden der Epileptiker. Dieselben Anlässe, die bei gewöhnlicher E. acute Anfälle hervorrufen, waren das bei ihr nicht im Stande, sondern es bedurfte hier erst eines gewaltigen Anstosses, der Geburt. Jedenfalls muss man in Fällen von puerperaler Eklampsie, wo keine Nierenaffection vorliegt, in Zukunft immer nach E. forschen, man wird dann vielleicht dazu kommen, neben den hysterischen Krämpfen nur 2 Arten von puerperaler Eklampsie zu unterscheiden, die urämischen und die acut-epileptischen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1900 Nr. 26.)

Fremdkörper. Eine Cilie in der Vorderkammer des

Auges beobachtete Dr. E. Oppenheimer (Berlin): 41 jähr. Fabrikarbeiter kommt wegen conjunctivaler Beschwerden. Mässige conjunctivale Injection. Visus links normal, rechts $\frac{1}{4}$. Bei localer Beleuchtung auf der Cornea r. eine centrale Macula, darunter kleine zweizipflige Narbe. Unten in der Vorderkammer schwebt frei eine nur an den Enden fest eingekeilte Cilie, die glänzende Conturen und blassblonde Farbe aufweist. Die Spitze liegt oben aussen, die Wurzel innen unten; somit halbirt sie schräg die hellbraune Iris. Nirgends berührt sie als an den Enden, die scheinbar der peripheren Iris zustreben und im Kammerwinkel verschwinden. Bei unveränderter Kopflage bleibt sie unbeweglich, dagegen findet bei Pupillenreaction und Accommodation ge-

ringe Verschiebung statt. Auf der Iris wirft sie einen Schatten. Hat nie Sehstörung veranlasst. Linse und Iris normal. *Vor 20 Jahren flog dem Pat. ein Drahtende ins Auge*; innen und aussen war damals alles voll Blut, erst nach mehreren Tagen konnte er sehen, nach paar Wochen ohne Verband gehen. Der Arzt sagte dem Pat. nichts von dem F., erst Bekannte machten ihn vor Jahren darauf aufmerksam. — Vorderkammereilien sind selten. Sie bergen gewisse Gefahren in sich, die der Infection scheint am geringsten zu sein, da bei den 35 Fällen diese nur 2 mal von der Cilie ausging; auch wurden zahlreiche untersuchte Cilien im Auge als frei von pathogenen Organismen befunden. In fast $\frac{1}{3}$ der Fälle gab aber die Cilie Anlass zur Bildung von Geschwülsten. Abgesehen von selteneren epithelialen Iristumoren, die von den mit in die Kammer geschleuderten, der Cilie anhaftenden Epithelzellen ausgingen, stellten sich zumeist Cysten ein; über deren Entstehungsweise herrscht noch Dunkel, nur ist bekannt, dass sie oft direct im Anschluss an das Eindringen der Cilie entstehen, andererseits sich aber auch erst nach Jahren (selbst nach 40) entwickeln können. In etwa 50 % der Fälle bildete die Cilie (wie oben auch) lediglich einen Nebenfund unschuldiger Art, sei es, dass sie sich ruhig verhielt oder gar verschwand. Dies letztere lässt sich nicht immer durch Resorption erklären, sondern oft auch so, dass das Haar allmählig durch die noch nicht dichte Narbe auswandert. Dass die Irisbewegungen bei der Pupillenreaction zusammen mit der Linsen- und damit Irisbewegung bei der Accommodation event. die treibenden Kräfte bilden können, um eine Cilie an der vorderen Synechie entlang in die Narbe und nachher in Verbindung mit der Kraft des Lid-schlusses aus der Narbe heraus befördern, ist wohl möglich. In obigem Falle *weilte die Cilie 20 Jahre als unschuldiger F. im Auge*. Auch Autor liess sie ruhig weiter liegen und behandelte nur die Conjunctivitis.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1903 Nr. 32.)

- Einen Beitrag zu den Zündhütchen-Verletzungen des Auges liefert Dr. G. Brandenburg. Ein 11jähr. Knabe kloppte eine Teschinpatrone mit einem Stein auf, wobei jene explodirte und ihm etwas ins rechte Auge flog. Die 4 Stunden später vorgenommene Untersuchung ergab eine Wunde in der Mitte des freien Randes des oberen Lides und dieser entsprechend eine Wunde oben aussen in der Horn- und

Regenbogenhaut, ferner eine Blutung in der vorderen Kammer und im Glaskörper. Es wurde angenommen, dass ein Kupfersplitter in das Innere des Auges eingedrungen sei, merkwürdiger Weise fand sich jedoch am 3. Tage in der Lidwunde ein kleines Kupferstückchen, das mit der Pincette extrahiert wurde. Die Diagnose eines intraocularen Fremdkörpers wurde damit wieder unsicher. Der Zustand des Auges wurde aber immer schlimmer, die Linse trübte sich und die Entzündungserscheinungen wurden sehr intensiv. Am 14. Tage wegen drohender sympathischer Entzündung des anderen Auges Enucleation. Unten aussen in Eiter eingehüllt, fand sich ein dreieckiges, scharfes Kupferstückchen. — Der Fall zeigt, dass bei solchen Verletzungen auch mal 2 Splitter ins Auge gelangen und die von ihnen bewirkten Wunden zu einer grösseren zusammenfliessen können.

(Yossius' „Zwangl. Abhandl. aus der Augenheilkunde“ 1900 Bd. III Heft 4. — Aertzl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 12.)

Gonorrhö. Einen Fall multipler Gelenkaffektionen bei chronischer G. mit Ung. einer. behandelt hat Dr. Alex Paldrock, nachdem der Pat. Jahre lang erfolglos an „chron. Gelenkrheumatismus“ behandelt worden war, mit glücklichem Resultat. Der 30jähr. Mann erkrankte 1893 an G., die auch Epididymitis und Cystitis veranlasste. Der Pat. entzog sich sehr bald der Behandlung und vernachlässigte sein Leiden. Aber 1 Jahr später trat der vermeintliche Gelenkrheumatismus auf, der nach einander die verschiedensten Gelenke befiel. Am 28. I. 99 bot Pat. folgenden Befund: Gonorrhoea chron., Cystitis, Verhärtungen in der einen Epididymis; starke Schwellung des rechten Carpalgelenkes, geringere der rechten Schulter, starke Schwellungen des linken Knie- und Sprunggelenkes; diese Gelenke fast unbeweglich und sehr druckempfindlich. Autor behandelte zunächst die Cystitis und Epididymitis, und zwar folgendermaassen: Bettruhe, 3 Mal wöchentlich warmes Sitzbad; 10 0/0 Jodvasogen täglich auf den Hoden, die Blasen- und Inguinalgegend appliciert; 4 Mal tägl. Salol 0,5 und Methylenblau 0,06 in Oblaten. Nach 2 Monaten Heilung. Nunmehr Inunctionscur (4 g Ung. einer. tägl.). Schon nach 1 Woche Gelenkschwellungen geringer, bald auch Nachlass der Schmerzen und überhaupt zusehends Besserung der Gelenkaffektionen. Nach 36 Einreibungen im Laufe von 5 Wochen kann die Cur beendet werden. Seitdem

ist 1 Jahr vergangen, ohne dass sich wieder etwas Krankhaftes gezeigt hat. Um Lues kann es sich absolut nicht gehandelt haben, sondern es waren zweifellos Gonokokken auch in die Gelenke geschleppt worden, ebenso wie dies an anderen Organen geschehen kann. Wie vielgestaltig hier der Vorgang ist, zeigt auch folgende Beobachtung: Ein 28jähr., jahrelanger Gonorrhöiker erkrankt nach einem Excess in Bacchö an stürmischen Erscheinungen einer Cystitis und Epididymitis. Diese wurden bald gebessert, doch entwickelte sich plötzlich eine Pleuritis exsudativa. Im Pleura-exsudat fanden sich neben anderen Bakterien reichlich Gonokokken, die aber im Sputum fehlten. Pat. genas (1896), doch traten seitdem bei Witterungswechsel und geringen Anstrengungen öfters Stiche in der erkrankt gewesenen Seite, nebst Husten mit Auswurf auf. Nach etwa 4 Jahren erkrankte Pat. jetzt wieder schwer mit starkem Husten und Heiserkeit; Pat. nahm in 8 Tagen 15 Pfund ab, und jetzt wurden im Sputum Tuberkelbacillen gefunden, was vordem nie der Fall war.

(Dorpater medic. Gesellschaft 1900, 17. Mal. —
St. Petersburger medic. Wochenschrift 1900 Nr. 23.)

- **Masseneinspritzungen von Kal. permang. verordnet Dr. Weidenhammer (Worms)** seit 1 Jahr bei frischer G. und kann das Verfahren nur angelegentlichst empfehlen. Von einer Lösung 4:100 wird 1 Theelöffel in $\frac{1}{2}$ Liter abgekochten Wassers gethan und damit zuerst 5 Mal 25 Einspritzungen in 24 Stunden gemacht, bei zurückgehendem Ausfluss (nach 3—5 Tagen) 5 Mal 20 Einspritzungen u. s. w. bis 5 Mal 1 Einspritzung. Meist bestellt Autor die Pat. jeden 3. Tag zu sich (6 Stunden vorher dürfen keine Injectionen mehr gemacht werden) und spült mit Argent. nitr. (0,1—0,5:1000) nach Janet. Dies Verfahren gab auch bei chronischer G. mit hartnäckiger Secretion befriedigende Resultate.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30, Nr. 12.)

- **Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica theilt Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.)** mit, dass er mit der bei Wossidlo seit 10 Jahren vom Beginn der Affection an ausgeübten Methode, d. h. *Umschlägen mit heissem Wasser*, daselbst und in eigener Praxis die besten Heilerfolge gesehen hat, weit bessere und raschere, als sie mit Umschlägen von essigsaurer Thonerde erzielt werden. Saubere

Gazestreifen oder Leinwandläppchen, gross genug, um den erkrankten Theil zu bedecken, werden in mehreren Lagen übereinandergelegt mit möglichst heissem Wasser getränkt und damit die entzündete Parthie umhüllt; darüber kommt ein grösseres Stück Guttaperchapapier, welches die Gazestreifen vollständig überdeckt, und hierüber Watte. Dann lässt man den Pat. stets ein gut sitzendes Suspensorium (am besten Zeissl-Langlebert) tragen, so gut mit Watte gepolstert, dass der Hoden absolut immobilisirt ist. Die Gazestreifen werden 2 stündlich frisch getränkt. Auf diese Weise findet fast nie Maceration der Haut statt, man kann ambulant behandeln (und zwar recht billig!) und kommt rasch zum Ziel und auch gründlich, indem fast nie Infiltrate zurückbleiben, vielmehr meist von vorn herein vollständige Resorption eintritt. Uebrigens kann man damit auch Ichthyol- und Jodsalbenverbände combiniren.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30 Nr. 11.)

- 2 Fälle von Iritis gonorrhoeica theilt Castillo (Madrid) mit. Beide Male während einer Gonorrhö Auftreten einer Iritis serosa, die aber unter zweckmässiger Therapie (Mydriatica, Stirneinreibung mit Belladonna-Quecksilbersalbe, intern Jodkali) glatt, ohne Syncchienen abheilte.

(La clinique ophthalm. 1900 Nr. 9. — Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 28.)

Helminthiasis. Cocain bei Bandwurmcuren empfiehlt

Prof. Flesch (Frankfurt a. M.). Bekanntlich scheitern solche oft an dem *Erbrechen*. Bei einer Pat., die nach 4 vergeblichen Curversuchen mit verschiedenen der bekannten Recepte Misserfolge gehabt hatte, ist Autor sofort unter Anwendung von 10 g Extr. filic. mar. aeth., wovon vorher 6 g 2 Mal erbrochen worden war, dadurch zum Ziele gelangt, dass er vor und während dem Schlucken der Kapseln (10 à 1 g) einige Tropfen Cocain (im Ganzen etwa 0,05 Cocain) in folgender Form nehmen liess:

Rp. Cocain mur. 0,15
Extr. Bellad. 0,2,
Aq. Valerian. 10,0.

Die Pat. musste im Bett liegen und bekam dann als Abführmittel Calomel. Besonders bei Bandwurmcuren während der Schwangerschaft dürfte der kleine Kunstgriff nützlich sein.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1900 Nr. 10.)

Herpes tonsurans. Einen durch besondere Art der Uebertragung und Weiterverbreitung interessanten Fall publicirt Dr. Berger (Berlin). Ein Pat. kam zu ihm wegen eines seit ca. 4 Tagen bestehenden Ausschlages auf der linken Wange. Es war ein typischer H. 2 Tage später zeigte sich am linken Vorderarm, auf welchem Pat. im Schlafe zu ruhen pflegte, ein gleicher Fleck. Bei der Nachfrage nach im Hause des Pat. befindlichen Thieren ergab sich, dass ein vor 8 Wochen von einem herumziehenden Italiener gekaufter Affe an der linken Vorderpfote eine kahle Stelle besässe. Diesen, sowie einen seit vielen Jahren im Hause gehaltenen Hund untersuchte Autor und fand auch bei letzterem an der rechten Bauchseite, ebenso wie an der Pfote des Affen, eine rundliche, fast kahle, nur mit einzelnen Haarstumpfen besetzte, ca. 10 pfennigstück-grosse Stelle. Bei beiden Thieren fanden sich Trichophytonpilze. *Die Uebertragung geschah vom Affen auf den Hund und von diesem auf den Besitzer, der die Gewohnheit hatte, das Thier an sein Gesicht zu drücken.* 6 Tage später kam ein anderer Pat. mit typischem H. Derselbe hatte keinerlei Berührung mit Thieren gehabt, liess sich aber bei demselben Barbier rasiren wie der 1. Pat. Auch ein benachbarter College bekam jetzt 3 Pat. mit H. in Behandlung, die sich bei diesem Barbier hatten rasiren lassen, worauf Autor die Vernichtung resp. Desinfection aller Gebrauchsgegenstände in dieser Rasirstube veranlasste. Der Fall zeigt die Folgen der Unsitte, Hausthiere bei Liebkosungen in nahe Berührung mit sich zu bringen, es zeigt ferner wieder die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Hygiene in den Barbierstuben, die freilich einen Preisaufschlag beim Rasiren bedingen würde. Solange aber die Barbieri in der Erhöhung der Preise eine Schädigung ihres Gewerbes erblicken, solange dürfte die Durchführung aller ärztlicherseits gestellten Forderungen ein pium desiderium bleiben!

(Dermatolog. Centralblatt April 1900.)

Hysterie. 2 praktisch wichtige Fälle veröffentlicht Dr. E. Fuerst (Stadtlazareth in Danzig). Im 1. Falle handelte es sich um *Oesophaguskrampf bei Einführung des Magenschlauches*, der sich einklemmte und erst in tiefer Narkose zu entfernen war. Pat. litt seit langer Zeit an heftigen, nur durch Morphinum zu lindernden Magenschmerzen und an galligem Erbrechen. Alles deutete auf H. Um dem

Erbrechen entgegenzutreten, Magenspülung. Nachdem aber der Schlauch 43 cm tief glatt eingedrungen, entleerte sich kein Mageninhalt, die Spülflüssigkeit floss nicht ab, jeder Versuch, die Sonde zu entfernen, misslang, selbst grosse Dosen Morphin halfen nicht, und erst als Pat. tief chloroformirt war, folgte die Sonde plötzlich leicht dem Zuge, wobei es sich zeigte, dass ihre Spitze in einer Ausdehnung von 7 cm eingestülpt war. Speiseröhrenkrampf bei Sondirung hysterischer Pat. kommt gelegentlich wohl vor, verschwindet sonst aber gewöhnlich nach einigen Minuten von selbst. Der Grund, warum er hier so hartnäckig war, ist augenscheinlich die Umstülpung der Sondenspitze gewesen. Bei der Einführung des Schlauches muss ungefähr in der halben Höhe des Oesophagus ein partieller Krampf der Musculatur entstanden sein, der den Knopf der Sonde fest umklammert hielt, während ein anderer Theil der Musculatur von dem Krampfe zunächst verschont blieb und die Sonde noch einige cm frei passiren liess. Ein derartiger partieller Krampf ist bei der spiraligen Anordnung der an der Einklemmung hauptsächlich betheiligten Ringfaserschicht und bei der gerade in der Mitte des Oesophagus erfolgenden Berührung der Nn. oesophagei superiores nicht auffallend. Bei den Extractionsversuchen wurde dann erst der Krampf ringförmig und, da die doppelte Sondendicke auf die Musculatur einwirkte, unlösbar. Es ergibt sich daraus die Mahnung, bei der Sondirung hysterischer Pat. stets vorher auf die Möglichkeit unerwarteter Zwischenfälle aufmerksam zu machen. — Der 2. Fall zeigte einen *positiven Ausfall der Tuberculinreaction, vorgetäuscht durch hysterisches Fieber*: 29jähr. Pat., aus gesunder Familie stammend und früher stets gesund gewesen, hat sich vor $\frac{1}{2}$ Jahr durch Fall auf einen Balken einen Bruch der 5. und 6. linken Rippe zugezogen und klagt seit dieser Zeit andauernd über Stiche in der linken Brustseite und Husten, verbunden mit spärlichem, in den ersten Wochen gelegentlich leicht blutig gefärbtem Auswurf. Durch die immer stärker werdenden Brustschmerzen ist Pat. ganz arbeitsunfähig geworden. Pat., leidlich genährt, macht einen schlaffen, energielosen Eindruck. An der Bruchstelle leichte Knochenverdickung. Ueber den Lungen ausser den Zeichen eines diffusen, aber geringen trockenen Katarrhs nichts Abnormes. Mässiger Tremor der Finger und völlige Reflex-unerregbarkeit des weichen Gaumens. Pat. hustet wenig und entleert spärlichen, schleimigen, von Tuberkelbacillen freien

Auswurf. Von Zeit zu Zeit unmotivirte Temperatursteigerungen bis 38° , welche den Verdacht einer leichten Phthise nahelegen. Daher mehrere diagnostische Tuberculininjectionen. Bei einer Dosis von 5 mg (alten Tuberculina) steigt nun die Temperatur auf $38,5^{\circ}$, jedoch war die Reaction unter so eigenthümlichen Begleiterscheinungen erfolgt — Pat. hatte das Gefühl, als ob Eiterbläschen in der linken Brust platzten, klagte auch über starke Schmerzen am Hinterkopf —, dass eine Controllinjection mit Aqua dest. vorgenommen wurde. In einigen Stunden auch da Temperaturanstieg auf $38,1^{\circ}$, das Gefühl des Blasenspringens wiederholt sich, heftige Brustbeklemmungen stellen sich ein, Pat. hat die Empfindung, als ob sich in seinem Kopfe ein Hammer hin und her bewege. Und auch als nach einigen Tagen eine Pseudoinjection vorgenommen, d. h. nur die Canüle applicirt wird, gleiche Folgen. Es handelte sich eben um einen Fall von schwerer traumatischer Neurose mit hysterischem Fieber. Pat. war davon überzeugt, dass an den Tagen der Injection etwas Besonderes mit seiner Temperatur vorgehen werde, er hörte, wie die Aerzte davon sprachen u. s. w. Dieses genigte bei der abnormen Erregbarkeit der wärmereregulirenden Centren des Pat., um die erwartete Temperaturerhöhung auch objectiv eintreten zu lassen. Leicht hätte sich eine Fehldiagnose ergeben, hätten nicht die begleitenden Umstände zur Aufklärung geführt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1900 Nr. 14.)

- Einen Fall von hysterischer Stummheit, jedenfalls hervorgerufen durch Intoxication, beobachtete Dr. E. Bloch (Nürnberg). Eines Mittags wurde derselbe in eine benachbarte Drechslerwerkstatt geholt, in der ein Lehrlinge plötzlich ohnmächtig geworden sein sollte. Er fand einen kräftig aussehenden Burschen von 15 Jahren mit offenen Augen auf einem Stuhle sitzen; die Arme im Ellbogen rechtwinklig gebeugt und an den Leib angezogen. Weder auf Zuruf, noch auf Schütteln noch Bespritzen erfolgte Reaction. Pupillen weit, reagirten auf Lichteinfall; auf tiefe Nadelstiche erfolgte Zucken. Wenn man die krampfhaft gebeugten Arme mit ziemlicher Gewalt ausstreckte, blieben sie in der Stellung stehen. Sehnenreflexe verstärkt. Pat. soll ganz gesund in die Fabrik gekommen und dann plötzlich ohnmächtig hingesunken sein. Autor liess ihn jetzt in seine Wohnung schaffen, wo er nach einigen Stunden den gleichen Status vorfand. Temp. normal, Puls 70. Nach

Aussage der Mutter aber war *Pat. plötzlich im Bett unruhig geworden, hatte sich aufgesetzt und war mit Hilfe der Mutter in spastischem Gang nach dem Abort gegangen, um Wasser zu lassen.* Autor ordinirte ein Chloralklystier gegen die Krämpfe, und es gelang auch, dem Pat. im Laufe des nächsten Tages etwas Nahrung beizubringen. Im Uebrigen blieb der Zustand 2 Tage lang derselbe, am 3. Tage deutete der Pat. durch Zeichen an, dass er Gesprochenes verstünde, und schrieb auf eine Tafel, was er wollte, aber er brachte keinen Laut über die Lippen. Dabei war die krampfhaft streckende Stellung der Extremitäten immer noch vorhanden. Am 4. Tage gelang es dem Pat., den Laut „hm“ herauszubringen, alles bezeichnete er mit diesem Laute. Am 5. Tage gelang es, nach mehrstündiger Beschäftigung mit dem Pat. durch Zureden, Vorsprechen, Druck auf den Kehlkopf u. s. w. ihn zu beeinflussen, dass er einige Vocale und schliesslich auch einige Worte, wenn auch undeutlich, hervorbrachte. Auch der spastische Gang wurde etwas besser, nachdem mit den Gelenken active und passive Bewegungen ausgeführt worden waren. Am nächsten Tage konnte Pat. schon gut reden, die steife Haltung beim Gehen verlor sich auch im Laufe der nächsten Tage, so dass Pat. bald entlassen werden konnte. — Wieso entstand nun bei einem anscheinend ganz gesunden Burschen ein so schwerer hysterischer Anfall? Hereditär nervös belastet war derselbe nicht. Er war auch bisher stets gesund gewesen, hatte gut gelernt und fleissig gearbeitet. Allerdings eine Thatsache wies darauf hin, dass sein Nervensystem schon früher nicht ganz in Ordnung war. Vor einem Jahre beschimpfte er nämlich seinen früheren Lehrer ohne jeden Grund plötzlich auf der Strasse und bekam deshalb 14 Tage Gefängniss. Jetzt erkrankten nun an demselben Tage, wie Pat., alle in jenem Betriebe beschäftigten Personen, 4 Lehrlinge und 2 Gesellen, und alle führten dies auf das *Rauchen des amerikanischen Füllfens* zurück. Während die anderen nur Kopfweh mit und ohne Brechreiz bekamen, wurde obiger Pat., der dem Ofen zunächst arbeitete und sicher *das meiste CO eingeathmet* hatte, von jenem Anfall heimgesucht. Von einer eigentlichen Intoxication war ja gar keine Rede, doch hatte die Gaswirkung eben jenen hysterischen Symptomencomplex bei dem schon vorher nicht ganz in Ordnung befindlichen Nervensystem producirt.

(Aerztl. Verein in Nürnberg 15. II. 1900. —
(Münchener medic. Wochenschrift 1900 Nr. 23.)

Impetigo. Ueber Aetiologie und Therapie der I. conta-

giosa lässt sich Dr. W. Scholtz (Klinik Neisser, Breslau) aus. Die Untersuchungen ergaben, dass *Staphylokokken* und *Streptokokken* die Erreger der Affection sind, und dass es gerade diese *Combination* ist, welche bei *specieller Art der Einimpfung* (Inoculation durch Kratzen) und *empfindlicher Haut* (hauptsächlich geringe Cohärenz des Epithels auf der Unterlage, wodurch leicht Abhebung und Blasenbildung erfolgt, wie es speciell bei der zarten kindlichen Haut der Fall ist) unter *geringer Virulenz der Kokken* die Erkrankung hervorruft. Die von anderer Seite gefundenen specifischen Impetigokokken sind nichts Anderes, wie Staphylokokken, die sich durchaus nicht von anderen unterscheiden und eben nur durch die genannten Verhältnisse gerade die I. bedingen, unter anderen aber andere Affectionen veranlassen können (z. B. Furunkel bei einer anderen Art der Einimpfung: Einreiben in die Tiefe der Follikel). Die Behandlung ist bei dem sehr oberflächlichen Sitze der Krankheitsherde fast stets eine leichte. Es genügt in der Regel, die Krusten durch feuchte oder Salbenverbände (5%ige Salicylvaseline) zu erweichen und dann durch eintrocknende Pasten (Zink- oder Schwefel-) der Kokkenwucherung Einhalt zu thun, ausserdem aber dafür zu sorgen, dass nicht neue Inoculationen (Kratzen!) stattfinden. Als Trockenpinselung sehr empfehlenswerth ist noch:

Rp. Sulfur. praecip. 10,0
 Zinc. oxyd.
 Amyl. trit. aa 20,0
 Glycerin
 Aq. dest. aa ad 100,0
 S. gut umschütteln!

Die Mischung trocknet sehr schnell zu einer schützenden Decke ein, und man bedarf keines Verbandes.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1900 Nr. II.)

Neurasthenie. Die Arzneibehandlung der N. unterzieht Nervenarzt Dr. O. Dornblüth (Frankfurt a. M.) einer Besprechung. Wenn auch im Allgemeinen die freigebige Verordnung lindernder Mittel gegen diese oder jene Augenblicksbeschwerden zu verwerfen ist, so ist doch eine zielbewusste Arzneibehandlung gerade bei der N. sehr oft im Stande, die Erfolge der diätetisch-physikalisch-psychologischen Behandlung zu unterstützen. So leidet ein grosser

Theil der Neurastheniker an mangelhafter Blutbeschaffenheit, die man durch die *Krewel'schen Sanguinalpillen* recht gut beeinflussen kann. Autor lässt davon 3 Mal tägl. 1 Stück, nach 1 Woche 3 Stück nach dem Essen nehmen, diese Dosis 3 Wochen lang innehalten, um dann wieder auf 3 Mal tägl. 2 Stück herunterzugehen, bis im Ganzen 300 Pillen verbraucht sind. Bei erheblicher Schwäche und Schläffheit, bei Appetitlosigkeit und Darmträgheit kann man mit Nutzen die Combinationen von Sanguinal mit Chinin. hydrochloric. (0,01) resp. Extr. rhei (0,05) benützen. Als nächstbestes Mittel empfiehlt Autor das *Arsen*, in folgender Weise verordnet:

Rp. Acid. arsenic. 0,1

Pip. nigr. 2,0

Pulv. Liq. 5,0

Mucil. q. s. ut f. pill. Nr. 90.

Davon lässt er zuerst 3 Mal tägl. 1 Pille im Verlauf der Mahlzeiten nehmen, nach 8—10 Tagen nehmen die Pat. Morgens 1, Mittags und Abends je 2 Stück bis 3 Mal tägl. 2 Stück, bei welcher Dosis sie 3—4 Wochen bleiben, um dann noch auf 8—10 Tage zur Anfangsdosis zurückzugehen. Dabei sah Autor nie Magenbeschwerden, auch nicht bei nervös empfindlichem Magen. Will man jede Arzneizufuhr per os vermeiden, so giebt man Natr. arsenic. subcutan nach v. Ziemssen: 1 g Arsenik, am besten von der glasigen Form, wird mit 5 ccm Normalnatronlauge im Reagensglas bis zur völligen Lösung gekocht, dann die Flüssigkeit in einen Messkolben gespült, auf 100 ccm verdünnt und filtrirt. Hiervon spritzt man zunächst 1 Mal tägl. $\frac{1}{4}$ g ein, nach einigen Tagen 2 Mal dieselbe Dosis und steigt allmählig bis zu 2 Mal tägl. 1 ccm der Lösung (= 0,02 Natr. arsen. pro die). Mehr als mit diesen beiden Mitteln hat Autor da, wo ihre Wirkung nicht befriedigte, auch nicht mit Fellow's *Sirup of hypophosphites* oder Poehl's *Spermin* erreicht, obwohl auch diese manchmal gute Dienste thun. Dagegen schreibt Autor dem *Codein* eine Art von specifischer Wirkung gerade in schwereren Fällen von N. zu, speciell da, wo der überarbeitete Patient so Mattigkeit hat, dass er kaum zu arbeiten im Stande ist. Giebt man hier 3 Mal tägl. 0,01 Codein Knoll und nach 4—5 Tagen 5—6 Mal diese Dosis, so ist man oft erstaunt über die Wirkung dieses „Anregungsmittels“, das noch besser und sicherer wirkt, als kleine Bromgaben (3 Mal tägl. 0,5), die auch nur so lange wirken, wie sie gegeben werden, während

ung des schlechten Schlafes schnell entzieht. St aber zur Förderung des Einschlafens zu empfehl wärmung der Füße durch Einstellen in Wasser vo für 5 Minuten, danach ganz kurze Abspülung mit von 25—20° C. und sanftes Trockenreiben; oder Einpackungen der Füße und Unterschenkel (Pa Strümpfe, die in Wasser von 15° C. getaucht i ausgerungen sind, an und darüber trockene Wollst oder Priessnitz'scher Leibumschlag, kalte Stirnumschlä bäder von 34° C. von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ stündiger Dauer kurz Schlafengehen u. s. w.; auch ein Brausepulver, kalter B thee u. dgl. wirken bisweilen gut. Chronische Fälle m wurzelter Agrypnie gehören in Specialanstalten und Sa

(Therap. Monatshefte, Juli)

Pemphigus. Zur Behandlung der Dermatitis exf

s. P. malignus (foliaceus) macht Prof. Baginsk lin) eine Mittheilung. Man beobachtet bei ganz Kindern (etwa in der 2. oder 3. Lebenswoche) ein syphilitische Affection, die, möge sie nun entweder ur lich in Blasen auftreten oder bei dem rapiden Fo des Uebels alsbald eine über den ganzen Körper s breitende Abschälung und Abrollung der Epider Freilegung der Cutis darbieten, schliesslich zu einem haften Krankheitsbilde sich entwickelt. Die Kleinen am ganzen Körper enthäutet, hoch fiebernd und tie

und complet und dicht eingepudert mit Zinc. oxyd., Talc. aa, sodass sie gewissermaassen in dem Streupulver, das täglich mehrmals erneuert und durch eine Wattepackung fixirt wird, eingebettet liegen.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1900.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

Die Vaccination während der Schwangerschaft hält Ch. Vinay *nicht nur für erlaubt, sondern sogar für dringend geboten*, und zwar *in Rücksicht auf Mutter und Kind*. Zahlreiche Beobachtungen sprechen dafür, dass erfolgreiche Vaccination der Mutter den Neugeborenen schützt, was in Epidemiezeiten von grossem Werthe ist. Dann ist bekannt, dass die Pocken gerade Schwangere sehr gefährden, die Mortalität bei ihnen eine colossale Höhe ist (beruht wahrscheinlich auf Autointoxicationsprocessen, indem die natürlichen Schutzorgane, Leber, Nieren, Haut etc., unter dem Einflusse der Schwangerschaft mangelhaft functioniren). Die Vaccination bringt keinen Schaden bei Beobachtung penibler Sauberkeit. Freilich darf man sich durch kosmetische Rücksichten keinesfalls verleiten lassen, die Impfung am Bein vorzunehmen, da hier die venöse Stase, Oedeme etc. leichter schwere Infectionen begünstigen.

(Lyon Médical 12/1900. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1900 Nr. 41.)

- Cocain gegen Hyperemesis gravidarum empfiehlt warm Dr. Neustube (Israel. Krankenhaus Kiew). Man giebt Cocain. mur., Aq. dest. aa, 10 Tropfen, event. bei ausbleibender Wirkung nach 1 Stunde die gleiche Dosis, nach 3 Stunden event. nochmals. Am folgenden Tage 3 Mal 5—6 Tropfen, und so fort, bis das Erbrechen aufhört. Kehrt es wieder, beginnt man nochmals mit 10 Tropfen. Gleichzeitig Einlegen von Tampons mit 2%iger Cocain-salbe in die Vagina, Eisschlucken, auf die Magengegend ein Senfteig oder Vesicans. Je früher man mit Cocain beginnt, desto besser die Prognose.

* (Wiener medic. Blätter 1900 Nr. 7/9.)

- Glitsch bespricht die Aetiologie der Tubenschwangerschaft und theilt 2 neue Fälle mit, wo mit grosser Sicherheit *Gonorrhoe* für die wiederholten fehlerhaften Einbettungen verantwortlich gemacht werden konnte; in beiden Fällen handelte es sich um endosalpingitische Processe, das eine Mal combinirt mit perimetrischen Veränderungen. Von

Abortus artificialis, das er seit einer Reihe von Jahren wendet, empfiehlt Dr. Oehlschläger (Danzig). Er wendet einen metallenen, gekrümmten Katheter von etwa 1 cm Lumen in die Uterushöhle bis zum Fundus hinein (ist durchaus nöthig, damit man in die unmittelbare Umgebung des Eies kommt) und spritzt mit einer, genau in das Katheterlumen passenden Spritze 3—4 g Jodtinctur (eine Braun'sche Intrauterinspritze fasst nur 1 g). Nach Einführung des Katheters schiebt er sofort einen Tampon aus gewöhnlicher Verbandwatte bis zum Muttermund ein, um ein unnöthiges Anätzen der Vaginalschleimhaut durch das aus dem Uterus theilweise abfließende Jodtinctur zu vermeiden. Gewöhnlich am dritten Tage nach der Einführung tritt Blutabgang ein, und es geht ohne jede Beschwerde der regelmässige Verlauf einer Menstruation vor sich. Das, was recht selten ist, nicht ein, so wird die Menstruation wiederholt. Das Verfahren ist so wenig eingreifend, dass die Frauen sofort nach Haus gehen können. Freilich ist man in den ersten Tagen oder wenigstens Wochen nach dem Ausbleiben der Regel injiciren. Die Jodtinctur wirkt nicht, da sie das Gewebe durchtränkt, sofort das Leben, sie wehrt als Antisepticum jede nachtheilige Wirkung ab und regt endlich die Wehenthätigkeit an, so dass sie sich also ausgezeichnet für jenen Zweck eignet.

(Centralblatt für Gynäkologie 1900.)

unter 1438 Wöchnerinnen mit Verletzungen der äusseren Genitalien an Sepsis 2,85 %, unter 3063 Wöchnerinnen ohne solche Verletzungen nur 0,82 %. Nicht zu vermeiden ist ferner, dass Keime an der Vulva bei inneren Eingriffen höher verschleppt werden. Deshalb sollten die Aerzte diesem Punkte mehr Gewicht beilegen und die Hebammen zur gründlichen Desinfection (Kürzung der Haare, Wasser und Seife, 3 % ige Carbollösung) verpflichtet werden. Im Wochenbett sollte man nicht, wie üblich, einfach einen Wattebausch vor die Genitalien legen, wodurch nur die Stagnation des Lochialsecretres befördert wird, sondern man sollte ein aseptisches Stopftuch benutzen, welches die Secrete tüchtig aufsaugt.

(Archiv f. Gynäkologie 1900 Bd. 60 Heft 3.)

- Bromidiaklystiere bei puerperaler Eklampsie hat Dr. Popescul (Landesgebäranstalt Czernowitz) in mehreren Fällen mit eclatantem Erfolge angewandt. Bromidia ist eine sehr zweckmässige Verbindung hypnotischer und antispasmodischer Mittel:

Rp. Kal. brom.

Chloral. hydr. aa 30,0

Extr. hyoseyam.

Extr. Cannab. ind. aa 0,25

Extr. glycyrrhiz. liq. 90,0

Ol. aurant. cort. gtt. V.

1 Esslöffel enthält also 3 g Chloral und Kaliumbromat, 2 1/2 cg Extr. hyoseyam. und Extr. cannab. ind. Autor ist selten in die Lage gekommen, mehr als 1 Esslöffel (mittels Ballonspritze) zu appliciren, da schon danach der Erfolg eintrat. Man könnte das Mittel auch wiederholt in kleineren Dosen (Kaffelöffel) geben (nach jedem Anfalle), zweckmässig auch eine einmalige grosse Dosis Morphinum vorausschicken. Bei eklamptischen Krämpfen sub finem graviditatis und intra partum hatte Autor noch nicht Gelegenheit, seine Methode zu erproben, doch dürfte dieselbe auch hier gute Erfolge haben.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1900 Nr. 24.)

- Einen Fall von puerperaler Sepsis, behandelt mit Ung. Credé hat Dr. Heinsheimer (Karlsruhe). Es handelte sich um einen recht schweren Fall von septischer Infection, wohl von der Placentarstelle aus (infectirt durch die nicht desinficirte Hebamme) auf das Beckenbindegewebe und den peritonealen Ueberzug des Uterus. Von hieraus war am

2. Tage post partum die Allgemeininfektion des Körpers erfolgt, die durch örtliche Antisepsis und Antiphlogose nicht mehr aufzuhalten war. Die Zeichen der allgemeinen Sepsis steigerten sich, Temperatur und Puls erreichten eine prognostisch höchst ungünstige Höhe, das Sensorium umschleierte sich, zunehmender Verfall der Kräfte liess dass Schlimmste befürchten, zumal jede örtliche und allgemeine Behandlung versagte. Uterine Therapie, Eisapplication, Opium, Alkohol etc. vermochten weder den localen Process, noch den Verfall der Kräfte und die stete Schwächung der Herzthätigkeit hintan zu halten. Da erinnerte sich Autor des Ung. Argent. colloid. und beschloss, dasselbe noch energischer zu appliciren, als Credé selbst, der 1—2 Einreibungen à 1—3 g innerhalb 24 Stunden machen lässt. Autor liess in Zwischenräumen von 9 Stunden je 3 g einreiben (das 1. Mal an den Innenseiten beider Oberschenkel, das 2. Mal an den Innenseiten beider Unterschenkel, das 3. Mal am Rücken, das 4. Mal an den Beugeflächen beider Vorderarme); so dass innerhalb 36 Stunden 12 g verrieben wurden (vor jeder Inunction wurden die Theile gründlich mit warmem Wasser, Seife und Bürste, sodann mit Alkohol gereinigt; damit der Schwererkrankten jede Erschütterung erspart bliebe, wurde sehr vorsichtig eingerieben, so dass jede Inunction etwa $\frac{3}{4}$ Stunde dauerte). *Gleich nach der 1. Einreibung deutliche Wendung zum Besseren*, Temperatur und Puls sanken, Sensorium wurde freier. Nach der 2. Inunction weitere Fortschritte, nach der 3. auch deutlicher Rückgang des para- und perimetrischen Exsudats; nach der 4. Temperaturabfall auf 36° , ohne Collapsscheinungen, Urin zum 1. Mal eiweissfrei, erhebliche Fortschritte nach jeder Richtung hin und Beginn ungestörter Reconvalescenz. Der einzelne Fall ist ja freilich nicht beweisend für die Heilkraft des Silbers beim Puerperalfieber, doch würde sich Autor bei ähnlichen Fällen nicht mehr mit der uterinen Therapie aufhalten, sondern sofort bei Beginn mit der Collargolbehandlung anfangen.

(Allgem. medic. Centralztg. 1900 Nr. 48.)

Stomatitis. Ueber Behandlung der Stomatitis mercurialis lässt sich Prof. A. Lanz (Moskau) aus. Er führt die Entstehung der St. mercurialis darauf zurück, dass durch das Hg — namentlich rasch bei sonst schon geschwächten Individuen — die Mundschleimhaut (wie die Gewebe überhaupt) eine Nutritionsstörung erleidet, welche, unterstützt

durch ungünstige locale Verhältnisse (Ausschaltung einzelner schmerzhafter Zähne oder Zahngruppen vom Kauact, Gingivitis infolge von Zahnstein, mangelhafte Mundpflege) die schädigende Einwirkung gewisser, in letzter Reihe die Erkrankung veranlassender Bakterien ermöglicht. Man soll deshalb bei anaemischen oder heruntergekommenen Pat. und bei solchen, deren Ausscheidungsorgane (Darm, Nieren, Schweissdrüsen) nicht normal functioniren, mit Hg überhaupt sehr vorsichtig sein. Jedenfalls muss aber jeder eine Hg-Cur Durchmachende die vorher in Stand gesetzten Zähne regelmässig mit einer nicht zu harten Bürste und am besten mit einer Zahnseife reinigen, als welche sich besonders die von Mikulicz-Kümmel empfohlene eignet:

Rp. Kal. chloric. 20,0
 Sapon. med. 10,0
 Calcar. carbon. praec. 20,0
 Ol. Menth. pip. gtt. XV.
 Ol. Caryophyll. gtt. IV.
 Glycerin. q. s.

Ausserdem häufige Ausspülungen, am besten mit Liq. Alumin. acet. (1—2 Theelöffel auf 1 Glas Wasser) oder nach Pick:

Rp. Menthol. 1,0
 Tinkt. Ratanh.
 Spir. rectific. aa 50,0
 S. $\frac{1}{2}$ Theelöffel auf 1 Glas Wasser.

Ist trotzdem St. entstanden, so befördere man die Ausscheidung des Hg durch abführende und schweisstreibende Mittel, wie Zittmann'sches Decoct (ohne Hg), heisse Wasser- oder Luftbäder. Als Gurgelwasser am besten ist hier Hydrogen. superoxyd. in 3 %iger Lösung. Bei zahlreichen und ausgebreiteten Ulcerationen verwendet Autor Jodoform als Pulver, in äther. Lösung oder Gazestreifen. Von den sehr schmerzhaften Aetzungen mit Bromwasserstoffsäure oder Argent. nitr. sah er keinen besonderen Nutzen. Bei sehr schmerzhaften Geschwüren verdient Orthoform wegen seiner Ungefährlichkeit und anhaltenden Wirkung den Vorzug vor Cocain.

(Annales de dermat. et de syph. 4/99. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1900 Nr. 58.)

— Ueber Behandlung der Ulcerationen des Mundes und Pharynx, speciell der mercuriellen, giebt, im Anschluss an obige Mittheilungen, Prof. Köbner (Berlin) seine Erfahrungen zum besten. Er hat als Ursache für die schwere

Heilbarkeit nicht nur der mercuriellen, sondern auch aller anderen Geschwüre am Mund, Gaumen und Pharynx des Umstand gefunden, dass die schon durch diese Affectionen permanent vermehrte, nach jeder Anwendung eines Aetzmittels aber sofort excessiv gesteigerte Salivation die Aetzschorfe immer rasch wegschwemmt. Das konnte er durch künstlich hervorgerufene, vorübergehende Parese der Speichelnerven verhindern, indem er vor jeder Aetzung (mit einem schwachen Chlorzinkstift oder Arg. nitr.), d. h. 30 bis 40 Minuten vorher, von einer 2%igen Lösung von Extr. Bellad. 20 Tropfen nehmen liess, nach 2—3 Stunden nochmals 10—15 Tropfen, event. so auch noch am nächsten Morgen. Bei sehr reichlich salivirenden wie am Tage viel sprechenden Pat. erwies es sich als zweckmässig, die Kauterisation Abends nach der Mahlzeit vorzunehmen und vor ihr 25—30 Tropfen, kurz nach ihr 15—20 Tropfen, event. noch am nächsten Morgen 20—30 Tropfen der folgenden Lösung zu verabreichen:

Rp. Extr. Bellad. 0,3
Aq. amygd. amar. 5,0
Aq. dest. 10,0

Jodoform oder Orthoform anzuwenden, fand Autor nie für nöthig. Nur bei sehr empfindlichen Ulcerationen applicirte er Cocain vor der Aetzung. Das beschriebene Verfahren begünstigt auch die Vernarbung syphilitischer Geschwüre und ausgedehnter Plaques muqueuses. Den von Lanz angeführten prophylaktisch und bei vorhandener St. zu brauchenden Gurgelwässern fügt Autor noch folgendes hinzu:

Rp. Acid. tannic. 5,0
Glycerin. 10,0
Spir. Menth. pip. 5,0
Aq. dest. 80,0
Sacharin. 0,15—0,25
S. 5 g auf 1 Glas Wasser.

(Annales de dermat. et de syph. 12/99. — Ibidem.)

Syphilis. Ueber Jodipin weiter gesammelte Erfahrungen macht Dr. V. Klingmüller (Klinik Neisser, Breslau) bekannt. Die *innere Darreichung* hat denselben therapeutischen Erfolg, wie die der Jodalkalien. Sie ist allerdings auch von den unangenehmen Nebenerscheinungen des Jodismus begleitet, wenn sie auch nicht so häufig und nicht so heftig selbst bei hinreichend therapeutischem Erfolg auf-

treten. Autor beobachtete Schnupfen, Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit, dagegen nie schwerere Erscheinungen. Die Resorption ist eine ebenso acute, so dass man schon nach etwa 10—20 Minuten Jod im Harn nachweisen kann. Das Jodipin zeichnet sich dadurch vor den Jodalkalien aus, dass es länger im Organismus zurückgehalten und dabei ebenso schnell resorbiert wird; es wirkt also schnell und nachhaltig. Autor gab das 10%ige Präparat thee- oder esslöffelweise, fast stets ohne Zusätze; die Pat. nahmen es meist ohne Widerwillen. Durch Glutoidkapseln wird der Geschmack völlig verdeckt, sie sind aber sehr teuer; dagegen empfiehlt sich Verabreichung in Gelatinekapseln. Rectale Anwendung empfiehlt sich nicht. Vorzüglich aber ist die *subcutane Application*, wie sie Autor seit 1½ Jahren benutzt (ca. 100 Fälle mit 800—900 Injectionen). Es wurde das vorher etwas angewärmte 25%ige Präparat (durch Anwärmen wird es dünnflüssiger!) mittelst einer 10 ccm fassenden Spritze mit weiter Ausströmungsöffnung und 5—7 cm langer Canüle mit weitem Lumen in die Glutaealgegend eingespritzt. Lang muss die Canüle sein, damit man möglichst schräg und weit ins subcutane Gewebe hineinstechen kann, so dass ein sicherer Verschluss zu Stande kommt und nicht das event. herausdrängende Jodipin den Stichcanal offen hält und allmähig herausquillt (deshalb auch Verschluss mit Heftpflaster!). Nie sah Autor örtliche Entzündung, Infiltration oder Abscess. Wenn eine energische Cur nöthig ist, werden täglich 20 ccm des 25%igen Präparates 10 Mal hintereinander injicirt, dann Pause; oder es wird jeden 2.—3. Tag injicirt (dann aber mehr Einspritzungen!). Technische Schwierigkeiten bestehen nicht; so wurden einem Paralytiker jeden 2.—4. Tag 18 Mal je 20 ccm injicirt, was er glänzend vertrug. Ebenso kann man wiederholt 30—40 ccm ohne Störungen seitens des Pat. einspritzen. Die Ausscheidung von Jod (meist durch den Urin, viel weniger durch Speichel und Faeces) dauerte nun bei der durchschnittlich gegebenen Dosis (10 Mal 20 ccm) mehrere, mindestens 4—6 Wochen an. Zuerst ist sie ziemlich gleichmässig, später kommen Schwankungen vor. Genügt diese Menge Jod und diese lange Dauer der Jodverarbeitung noch nicht, so kann man ruhig noch mehr Injectionen machen. Bei dem Fall von Paralyse, wo 18 Mal 20 ccm jeden 2. bis 4. Tag injicirt wurden, wurde der Urin jeden 3. Tag nach der letzten Injection untersucht; die Jodausscheidung war Anfangs sehr stark, nahm dann ganz allmähig ab und war

noch nach 4 Monaten sehr deutlich! Man hat sich den ganzen Vorgang der Jodipinresorption so zu denken, dass das eingespritzte Jodfett theils an Ort und Stelle selbst gespalten wird und seine Componenten dann vom Blut aufgenommen werden, theils als Jodfett selbst resorbiert wird, um dann im Körper als solches abgelagert und von diesen Ablagerungsstätten aus verarbeitet zu werden. Jodismus hat Autor bei dieser Application nie gesehen; Magen und Darm blieben stets unbeeinflusst. Gerade diese Eigenthümlichkeit des Jodipin, dass es *bei subcutaner Darreichung keine Nebenwirkungen hat, ungiftig ist und doch eine spezifische Wirkung ausübt*, macht seine Ueberlegenheit vor anderen Jodpräparaten und Methoden aus. Bei secundärer S. beschleunigte das Mittel die Ausheilung nicht, *für tertiäre S. ist es ein Specificum*. Die Erfahrungen an 50 Fällen waren äusserst günstige, was kein Wunder ist, wenn man bedenkt, dass es *nach dieser Methode gelingt, den Organismus für Wochen, ja Monate hinaus genügend mit Jod zu versorgen*. Vorzüglich geeignet erscheint die Methode speciell für viscerale S. Wissen wir doch, dass das Jodipin auch im Knochenmark, Muskel, Leber etc. und im Fettgewebe sich als Jodfett ablagert und Jod abspaltet, so dass die Möglichkeit geboten ist, damit direct einzuwirken. Dem Jodipin in subcutaner Darreichung ist also zweifellos die 1. Stelle in der Jodtherapie einzuräumen. — Ein glänzender Erfolg wurde auch bei einem Fall von *Aktinomykosis* erzielt, desgleichen bei einem Fall von *Bronchialasthma*; bei Lepra und Psoriasis sah Autor keine Erfolge.

(Deutsche med. Wochenschrift 190) Nr. 26.)

- Einen weiteren Beitrag zur Welander'schen Sackbehandlung liefert Dr. Arth. Jordan (Stadthospital Moskau). Die Methode besteht bekanntlich darin, dass in einem Sack aus Baumwollenzeug, Flanell oder anderem Material von 50 cm Länge und 40 cm Breite graue Salbe eingeschmiert und der Sack vom Pat. Tag und Nacht auf der Brust getragen wird. Welander war mit den so erhaltenen Heilresultaten sehr zufrieden, die Nachprüfenden zum Theil ebenfalls, zum Theil nicht, doch lauten im Allgemeinen die Urtheile befriedigend. Autor richtete sich bei seinen Versuchen Anfangs ganz nach den Anordnungen Welander's, er Hess die Pat. einen Sack auf der Brust tragen, in welchen sie die ersten 7 Tage täglich und von da an über einen Tag je 6 g Ung. einer selbst einschmierten. Später wandte er

2 Säcke an, auf Brust und Rücken zu tragen, und liess abwechselnd täglich bald in den einen, bald in den anderen das genannte Quantum Salbe einschmieren. Im Ganzen behandelte er 30 Fälle, alle im secundären Stadium (25 recente, 5 recidive). Das Ergebniss war in einigen Fällen geradezu glänzend, in anderen langsam, in noch anderen total unbefriedigend. Günstig verliefen 18 Fälle. Meist waren nach 12 Einsmierungen oder 16—20 Tagen die Krankheitssymptome bis auf die Drüsenschwellung, und etwaige Infiltrationen an Stelle der Papeln geschwunden, in anderen Fällen erst nach 17—20 Einsmierungen oder 26—34 Tagen. Nach dem Schwunde der Exantheme etc. liess Autor noch einige Zeit Einsmierungen machen, bis auch die Drüsen sich möglichst verkleinert hatten. Nach 30—40 Tagen verliessen die Pat. gewöhnlich das Spital. Unangenehme Erscheinungen nur 1 Mal (Stomatitis), sonst nie. 12 Mal Erfolg der Therapie unbefriedigend; entweder die Symptome verloren sich nicht oder sie gingen rasch weg, kehrten aber sehr bald wieder. Worauf beruht nun die Verschiedenartigkeit der Wirkung? Theils auf der Schwere der Erscheinungen, theils auf dem Umstande, wie der Sack liegt. Exantheme wurden meist günstig beeinflusst; in den meisten der hartnäckigen Fälle handelte es sich um vernachlässigte, indem das Exanthem gar nicht mehr vorhanden war, wohl aber spätere Erscheinungen (Condylomata am After, Laryngitis u. dgl.). Der Sack muss glatt liegen, ferner muss die Brust des Pat. breit sein, sonst liegt der Sack stets in Falten und die verdunstende Fläche verkleinert sich. Lässt man 2 Säcke tragen, so tritt der Erfolg prompter und rascher ein. Autor kommt in Bezug auf die Methode zu folgendem Resumé: „Es ist eine bequeme, meist ungefährliche, zuweilen vorzüglich wirkende, aber im Allgemeinen doch nicht sichere Methode, welche sowohl der Einreibungs- als ganz besonders der Spritzeur nachsteht. Im Speciellen empfiehlt sich ihre Anwendung im Falle leichterer Krankheitserscheinungen bei intelligenten, breit gebauten Kranken, die aus irgend welchen Gründen nicht einreiben und auch nicht sich einspritzen lassen können.“

(Monatshfte f. prakt. Dermatologie 1900 Bd. 30 Nr. 11.)

Tuberculose. Ueber die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose durch Milch und Milchproducte lässt sich Dr. Lydia Rabinowitsch (Berlin, Institut für Infektionskrankheiten) aus. Dieselbe hatte früher schon, zusammen

mit Kempner aus Untersuchungen den Schluss gezogen, dass „bei latenter, nur durch die Tuberculinreaction angezeigter T. die Milch Tuberkelbacillen enthalten kann“. Das wurde auch durch Ostertag bestätigt, der in der Mischmilch eines grösseren Bestandes von Kühen, die ebenfalls lediglich auf Tuberculin reagierten, ohne sichtbare Zeichen der T. zu zeigen, Tuberkelbacillen nachweisen konnte. Die Milch auf Tuberculin reagirender Kühe muss also in jedem Falle als tuberculoseverdächtig bezeichnet werden, und man muss neben der klinischen Untersuchung der Melkthiere die *Tuberculinprobe als die wichtigste Maassnahme zur Gewinnung einer tuberkelbacillenfren Milch* bezeichnen. Autor hat nun, um weitere Erfahrungen zu sammeln, wieder die Mischmilch grösserer Bestände von Kühen untersucht, die einerseits der Tuberculinprobe unterworfen waren, andererseits nur einer klinischen Ueberwachung unterstanden. Als Untersuchungsmaterial diente die Milch von 8 der bekanntesten Berliner Molkereien, welche eine besonders für Kinder und Kranke empfohlene, nicht sterilisirte „*Kindermilch*“ zu erhöhtem Preise (35—60 Pf. pro Liter) in den Handel bringen. 3 derselben unterziehen ihren Kuhbestand einer fortlaufenden Tuberculinprüfung; hier waren in der Milch nie Tuberkelbacillen zu finden. Die 5 anderen hatten ihren Kuhbestand nur unter thierärztlicher Controle; von diesen Kindermilchsorten nun enthielten 3 bei wiederholentlicher Untersuchung lebende virulente Tuberkelbacillen! — wieder ein Beweis für den grossen praktischen Werth der Tuberculinprobe. Bei der enormen Ausbreitung der Rindertuberculose wird es vor der Hand freilich nicht möglich sein, alle auf Tuberculin reagirenden Kühe von der Milchgewinnung auszuschliessen. Es wäre aber von den Molkereien zu verlangen, dass die besonders für Kinder und schwächliche Individuen bestimmte, bedeutend theurere Milch nur von tuberculingeprüften Thieren genommen werde; denn durch den theuren Preis und die Bezeichnung „*Kindermilch*“ wird das Publikum in den Glauben versetzt, dass diese Milch frei sei von gesundheitsschädlichen Keimen und deshalb auch in ungekochtem Zustande genossen werden kann, so dass sie in der That auch Säuglingen als so bekömmlicher roh verabfolgt wird. Auch *Streptokokken* enthielt die Kindermilch, wenn auch nicht so zahlreich wie die gewöhnliche, so dass immerhin bei Genuss in rohem Zustande auch hier die Gefahr der Erkrankung an Enteritiden besteht. Das Vorkommen von Tuberkel-

bacillen im gewöhnlichen *Quarkkäse* ist bereits früher festgestellt worden und damit gleichzeitig der Beweis geliefert, dass in der sauren Milch die Tuberkelbacillen nicht abgetötet werden. Auch Autor fand unter 5 Proben käuflichen Quarkkäses 3 Mal Tuberkelbacillen. Letztere konnte sie auch im *Kefir* nachweisen, während *Plasmon* (Siebold's Milcheiweiss) davon frei war (jedenfalls eine Folge des Pasteurisierungsverfahrens). Da in den letzten Jahren wiederholtlich auf das Vorkommen von Tuberkelbacillen in *Butter* und *Margarine* hingewiesen wurde, kam man auf die Idee, einen milchfreien Butterersatz aus ausgeschmolzenem Rinderfett und süsser Mandelmilch herzustellen, die seit einem Jahre bekannte *Sana*, welche frei von Tuberkelbacillen sein sollte, weil eben keine Milch zur Verwendung bei der Fabrikation kam. Man vergass aber, dass als Quelle der in der Butter enthaltenen Tuberkelbacillen zum Theil auch das zur Verwendung kommende Fett anzusehen ist, das ja erkrankte Lymphdrüsen (in denen gerade sich T. so gern einnistet) enthalten kann. Diese Quelle könnte nur ausgeschlossen werden, wenn die das Rinderfett liefernden Thiere vorher der Tuberculinprobe unterzogen würden. In beiden untersuchten *Sanaproben* entdeckte Autor lebende virulente Tuberkelbacillen, wodurch der Beweis erbracht ist, dass die Gefahren, welche der Natur- und Kunstbutter anhaften, vorläufig auch der *Sana* innewohnen.

(Deutsche medio. Wochenschrift 1900 Nr. 26.)

- Einen Fall von spontan ausgeheiltem tuberculösen Pneumothorax stellt Doc. Dr. Herm. Schlesinger vor. Der 27 jähr. Pat. wurde im December v. J. bei ruhiger Comptoirarbeit ohne vorausgegangene Beschwerden, ohne Hustenreiz oder Trauma von stetig zunehmender Athemnoth befallen, die so heftig wurde, dass Pat. in den nächsten Stunden an Erstickungsanfällen litt und die darauffolgenden Nächte ausserhalb des Bettes zubringen musste. Als Autor ihn 4 Tage nach Krankheitsbeginn sah, waren alle classischen Zeichen eines linksseitigen Pneumothorax vorhanden, nur das Succussionsgeräusch fehlte; andere Affectionen waren total auszuschliessen. Die Erscheinungen blieben etwa 14 Tage in gleicher Weise bestehen, dann verschwanden die metallischen Phänomene, allmählig erfolgte die Resorption der Luft und Wiederausdehnung der Lunge, und ca. 3 Monate nach Beginn war das Herz an normaler Stelle, der Percussionsschall allenthalben normal, die Lungenränder

beiderseits gleich verschieblich, überall vesiculäres Athmen. Pat. war in der Zwischenzeit wegen einer zweifellos specifischen, aber nicht weit vorgeschrittenen Lungenspitzenaffection einer Luftliegecur unterzogen worden und hatte sehr erheblich an Gewicht zugenommen, auch erschien der Spitzenkatarrh entschieden gebessert. Auffallend war das vollkommene Fehlen eines Exsudates. Der Verlauf erinnert hierdurch, sowie durch die rasche Resorption der Luft am ehesten an die so oft günstig verlaufenden Fälle von traumatischem Pneumothorax. Autor hat schon einmal einen Pneumothorax nach Durchbruch eines jauchigen Empyems in die Lunge spontan ausheilen gesehen. Alle solche Fälle sind freilich recht selten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 25. V. 1900. — Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 22.)

- Eine multiple tuberculöse Neuritis nimmt Dr. O. Decroly in einem von ihm beobachteten Falle an. Bei einem 23 jähr. Mann, der eine doppelseitige tuberculöse Spitzenaffection hatte, entwickelte sich rasch in wenigen Tagen (nach mehrwöchentlichen vorangegangenen Schmerzen in den Beinen) eine starke degenerative Atrophie in der Peroneus- und Tibialis-musculatur beider Beine und in der Musculatur des Medianus-Handastes beiderseits, Lähmung der entsprechenden Theile, bei lebhaften Patellarreflexen, aber erloschenen Hautreflexen und bei intacter Sensibilität und unbetheiligten Sphinkteren.

(Polielinique, 15/I. 1900. — Neurolog. Centralblatt 1900 Nr. 11.)

Tumoren. Ein an diesem Tage durch Uterusexstirpation gewonnenes Portiocarcinom demonstirt Prof. Dührssen, um zu zeigen, wie *rapid gelegentlich Uteruscarcinome wachsen* können. Pat., 38 Jahre alt, war vor 3 Wochen noch ganz gesund. Am 7. III. bekam sie eine 4 tägige Blutung, die sich nach 10 tägiger Pause wiederholte. Der sofort aufgesuchte Arzt überwies die Pat. dem Autor, der trotz der kurzen Zeit bereits die hintere Lippe in einen hühnereigrossen Krebsknoten verwandelt fand und schon bei Betupfen Krebs-saft in bedeutender Menge ausdrücken konnte. Man sieht wieder, ein wie schwerwiegendes Symptom jede Uterusblutung sein kann, und wie nothwendig es ist, Frauen, auch jüngere, die über Blutungen oder Ausfluss klagen, sofort local zu untersuchen. Eine Verbesserung der Krebsmortalität muss auch zur Voraussetzung haben, dass

die Frauen darüber aufgeklärt werden, dass Uteruscarcinome sich zumeist nicht mit Schmerzen u. dgl. äussern, sondern durch Störungen der normalen Ausscheidungen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 28. III. 1900. —
Berliner klin. Wochenschrift 1900 Nr. 20.)

- Ein Hautsarkom in der Mammagegend, einen Mammatumor vortäuschend, beobachtete Tietze (Breslau). Multiple, pigmentlose, aber mit oberflächlichen Gefässen reichlich versehene, knollige Tumoren sassen bei der 40jähr. Pat. so dicht nebeneinander, dass man an ein höckeriges Sarkom der Mamma selbst denken musste, wenn man nicht ganz genau untersuchte. Die T. waren ganz langsam seit dem 12. Jahre der Pat. entstanden, in letzter Zeit schneller gewachsen und exulcerirt. Exstirpation der Mamma und der T., Transplantation des Defectes. Die T. erweisen sich als Spindelzellensarkome. Arsen. Diesem ist es vielleicht zu danken, dass Pat. jetzt (1 Jahr) noch recidivfrei und in blühendem Zustande.

(29. Congress der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. —
Centralblatt f. Chirurgie 1900 Nr. 38.)

- Ueber einen Fall von Carcinom der Kopfhaut in directem Anschluss an ein Trauma entstanden, berichtet Hahn. Der 68jähr. Pat. fiel hin und zog sich dabei eine Wunde am Hinterkopf zu. Dieselbe wollte nicht zuheilen, das sich entwickelnde Geschwür griff um sich und verhärtete sich. Bei Exstirpation des Tumors stellte es sich heraus, dass ein Carcinom vorlag. Ein solches ist an der bezeichneten Stelle sonst höchst selten; dass hier die Entwicklung mit dem Trauma zusammenhing, zeigte der ganze Verlauf eclatant.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 26 Heft 3.)

- 2 Fälle von traumatischen Knochenneubildungen in Muskeln beobachtete J. Petzold. Ein Primaner stiess sich beim Bockspringen heftig an die Vorderfläche des linken Oberschenkels. Nach geringen anfänglichen Beschwerden verlor er allmähig die Beugefähigkeit des Beines. 2 Monate nach der Verletzung wurde im unteren Theile des *M. quadriceps* eine wenig verschiebbliche, knochenharte Masse gefühlt, in der man einen Auswuchs des Oberschenkelknochens vermuthete. Bei der Operation fand sich aber eine Knochenneubildung im Muskel selbst, die denselben schwammig durchsetzte und von entzündlich infiltrirten Massen umgeben

war. Ein Arbeiter glitt aus und fiel mit der linken Schläfe an eine Ziegelkante. Die angeblich vorhandene Schramme heilte rasch. 8 Tage nach dem Unfall hatte Pat. plötzlich Schmerzen in der Schläfengegend und bekam die Zähne nicht mehr auseinander. Nach weiteren 3 Wochen ergab die Untersuchung eine über bohngrossen, knochenharten, anscheinend über den Knochen verschiebbliche Geschwulst im *M. temporalis*; sie war mit den Muskelfasern innig verbunden und sass der Knochenhaut auf. — Autor denkt sich, dass durch das Trauma der Muskel sich entzündet, und aus dem hierbei entstehenden Bindegewebe theils mit, theils ohne vermittelnde Knochenbildung echte Knochensubstanz hervorgeht. Bei der Seltenheit dieser Folgen ist natürlich eine gewisse Veranlagung anzunehmen.

(Inaug.-Dissert. Leipzig 1899. —
Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1900 Nr. 12.)

- Ueber „Warzen“ lässt sich Dr. Jessner (Königsberg i. P.) aus. Das Volk versteht darunter die verschiedensten T. der Haut, der Arzt nur eine mit Papillenvergrösserung einhergehende Epithelwucherung, ein benignes, resistentes, die Haut fast stets überragendes, schmerzloses Gebilde. Es giebt 2 Arten: die „*Verruca vulgaris*“ und die „*Verruca seborrhoeica*“. Erstere ist ein harter, meist runder Tumor, dessen Oberfläche bald rauh, zerklüftet ist (*Verruca papillomatosa*), bald glatt (*V. plana*). Oft sieht man diese Form neben der anderen, auch geht manche glatte Warze in eine papillomatöse über. Diese Warzen sind nie gross (höchstens bohngross), freilich können sie event. confluiren. Meist sitzen sie an den Händen, seltener an den Fusssohlen, wo sie sich etwas anders darstellen, da der Druck beim Gehen es nicht zulässt, dass die Wucherung über das Niveau der Haut hinausgeht; sie macht daher, tief hineingepresst, Schmerzen beim Gehen. Die Warzen scheinen parasitären Ursprungs zu sein, sie sind wenigstens mehrfach contagiös gewesen. Man findet sie meist bei jugendlichen Personen. Umgekehrt die *Verruca seborrhoeica*, die meist ältere Leute heimsucht (*V. senilis*). Sie bildet flach erhabene, rauhe, schwärzliche oder schmutziggelbe Gebilde, die in ihrem Aussehen sehr an Brustwarzen erinnern. Hier handelt es sich um etwas ganz Anderes, als bei der gewöhnlichen Warze, denn die dunkle, rauhe Decke besteht nicht aus einer hypertrophischen Hornschicht, sondern aus einem korkigen, fetten, fest an der Unterlage haftenden Belag. Entfernt man diesen mit

einiger Gewalt, dann kommt eine glatte, von Follikeln durchsetzte Oberfläche zum Vorschein. Sie bevorzugt Rücken und Sternum; selten sieht man sie am Gesicht, fast nie an den Händen. Die Pat. leiden meist auch an Seborrhöe oder seborrhoischem Ekzem. Was nun die *Therapie* der Warzen anbelangt, so kann man durch längeres Darreichen von Arsen Erfolge erzielen. Local ist am besten (nach Besprengen mit Aethylchlorid bis zum Gefrieren) Entfernung in toto mit dem scharfen Löffel, dann Aetzung des Grundes mit Liq. ferri sesquichlor., Acid. carbol. liq. oder Trichlor-essigsäure (mit Alkohol aa). Auch die Elektrolyse ist empfehlenswerth, freilich recht unangenehm. Aetzungen mit Höllenstein oder Salpetersäure sind nicht anzurathen. Bisweilen genügt ein starker Salicylpflastermull oder Salicyl-seifenpflastermull, Auflegen von Sapo virid. zur Behandlung. Kaposi empfiehlt:

Rp. Sulf. praec. 2,0
Acid. acet. con. 4,0
Glycerin. 10,0
S. Zum Pinseln.

Andere Salicyl-Milchsäure-Collodium (1 : 1 : 8).

(Die ärztl. Praxis 1900. Nr. 10.)

Vermischtes.

— Für allgemeinen Gebrauch der Salbenverbände zur Wundbehandlung plaidirt Dr. R. Oehler (Frankfurt a. M.). Derselbe verwendet seit Jahren bei frischen, genähten, geschnittenen, gequetschten, gebrannten Wunden, Furunkeln, Abscessincisionswunden, Phlegmonen, Panaritien, Erysipelen u. s. w. engmaschige Mullläppchen, bestrichen mit:

Liq. Alumin. acet. 5,0

Lanolin

Vaselin. aa ad 50,0.

Bei *frischen Wunden* hat die Salbe den Vorzug, den nächsten Verbandwechsel zu erleichtern. Das Salbenläppchen verklebt nicht so fest mit Blut und Secret, es löst sich leicht ab. Bei *gequetschten Wunden*, deren Ränder event. der Nekrose verfallen, ist der Salbenverband besonders angenehm. Er leistet, was auch der feuchte Verband bezweckt: einen ungehinderten Secretabfluss, vermeidet aber die Epidermismaceration und die leichte Zersetzung der Wundsecrete, ist auch wesentlich einfacher und billiger. Weil die Salbenläppchen sich beim Verbandwechsel leicht lösen, verwendet Autor sie auch zur *Wundtamponade*, die früher infolge Anbackens der Tampons recht unangenehm war; werden die Streifen vor dem Einlegen ganz leicht mit Salbe eingestrichen, so geht es beim Wechsel „wie geschmiert“. Bei *Phlegmonen* muss man freilich, will man Verkrustung ganz vermeiden, die Läppchen dick streichen und auch mehrere übereinander legen, oder man legt auf die Wunde einen guten Salbenlappen und darüber ein Stück Pergaminpapier, das die Salbe am Eindringen in die Watte hindert, so dass dann der Verband leicht zu lösen ist (beim 2. Verbandwechsel genügt

meist schon einfacher Salbenverband. Unter solchen Verbänden heilen Phlegmonen, Furunkel, Lymphangitiden u. s. w. ebenso ab, wie unter feuchten Verbänden, und man meidet die Nachtheile letzterer. Auch bei *Verbrennungen* kennt Autor nichts Besseres als Salbenverbände.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1900 Nr. 44.)

— Die Verordnungsweisen des Naftalan von Privatdocenten Dr. H. Paschkis (Wien)*):

Pflaster. Als ein in Stangen oder Stücken zu dispensirendes, welches sich sehr gut streichen lässt, gut klebt und fast nie reizt, empfiehlt er:

Emplastr. Diachyl. simpl. 80,0
Naftalan. 20,0.

Wenn ein Harzpflaster nicht contraindicirt erscheint, empfehle sich folgendes:

Gummi Ammoniaci
Resin. Dammar. aa 15,0
Cer. flav. 25,0
Naftalan. 45,0.

Die Harze und das Wachs werden zerkleinert, bis zum Schmelzen erwärmt, hierauf das Naftalan zugefügt und gut verrührt; es resultirt ein gut klebendes Streichpflaster, bei welchem die Reizwirkung der Harze durch das Naftalan bedeutend gemildert wird. Ferner Leime:

Rp. Gelatin. 25,0
Aq. dest. 25,0
Glycerin. 50,0
Naftalan. 10,0—20,0
S. Einfacher Naftalanleim.

Rp. Gelatin alb. 30,0	Rp. Naftalan. 10,0
Zinc. oxyd. 30,0	Gelatin.
Naftalan. 30,0	Zinc. oxyd. aa 15,0
Glycerin. 30,0	Glycerin. 28,0
Aq. dest. 30,0	Aq. dest. 35,0

Naftalan-Zinkleime.

Die erste Masse mit 5—10 % Naftalan giebt sehr gute elastische Zäpfchen, Bougies, Vaginalkugeln. Naftalan-zäpfchen lassen sich auch mit Cacaobutter bereiten:

*) Schluss.

Rp. Naftalan. 2,0

Butyr. Cac. 10,0

F, suppos. Nr. IV.

Zum *Irrigiren der Vagina* stellt man eine milchweisse, unbegrenzt haltbare Lösung her, indem man Naftalan mit dem gleichen Gewicht Sapon. medic. pulv. innig verreibt und successive Wasser zusetzt:

Rp. Naftalan.

Sapon. medic. pulv. aa 25,0

Aq. dest. 500,0

F. emulsio.

Will man Naftalan *intern* geben, so giebt man es am besten als Gelatinekapseln (zu 0,3—0,5 mit Zusatz von Ol. Meth. 0,05).

Man sieht, in wie verschiedenen Formen sich Naftalan verordnen lässt. Ganz vortrefflich erweist es sich jedoch als *Salbengrundlage*. Mild, von constanter Zusammensetzung, nicht oxydirbar, nähert es sich dem Vaseline, vor dem es aber die grössere Aufnahmefähigkeit für Wasser voraus hat, es ist auch consistenter, zäher und schwerer schmelzbar, also noch geeigneter. Vor den Glycerinfetten hat es den Vorzug der Unverderblichkeit. Resorbirbarkeit und Aufnahmefähigkeit für Wasser werden bedeutend gesteigert durch Mischung mit Lanolin, welche Mischung die denkbar günstigsten Eigenschaften hat, die man von einer Salbengrundlage verlangt. (Allg. med. Central-Ztg. 1899 Nr. 77.)

— Gegen das Lockerwerden der Zähne wird empfohlen als Mundwasser:

Rp. Acid. tannic. 5,0

Tinct. Jodi 2,5

Kal. jod. 0,5

Tinct. Myrrh. 3,0

Aq. rosar. 150,0

M. D. S. $\frac{1}{2}$ Esslöffel auf $\frac{1}{2}$ Glas Wasser.

(Gazetta d. osped. e. d. cliniche 12/XII 99. —
Münchener med. Wochenschrift 1900 Nr. 28.)

— Eulactol wandte Görges an (Berlin, Elisabeth-Kinderhospital) Das neue Nährpräparat der Rhein. Nährmittel-Gesellschaft ist ein Gemisch von Eiweiss (33,25 %), Fett (14,3 %), Kohlehydraten (Milchzucker 46 %) und verschiedenen Mineralstoffen (Phosphorsäure, Kalk, Eisenoxyd) und hat einen

angenehmen Geschmack, so dass es selbst bei länger fortgesetzter Darreichung genommen wird; man giebt es am besten in Milch, Suppe, Speisen 2 bis mehrmals täglich 1 Esslöffel, oder als Eulactol-Chocolade resp. Cakes. Die Erfolge waren recht gute, speciell bei *Darmkatarrhen der Kinder* vorzügliche: Steigerung des Appetits, Nachlassen der Durchfälle, zusehends Besserung der Ernährung, Zunahme des Körpergewichtes, letzteres oft in so hohem Grade, wie es Autor noch bei keiner Ernährung sonst gesehen hat.

(Therap. Monatshefte Juli 1900.)

- Lysollösung zur Verhinderung des Beschlagens der Kehlkopfspiegel empfiehlt Dr. M. Ruprecht (Ohrenklinik Jena). Er benützt zur Befeuchtung der Spiegel seit längerer Zeit eine $\frac{1}{2}\%$ ige Lysollösung, in welcher sie dauernd ohne Schaden liegen können. Jene bietet den Vortheil, dass sie in Folge ihrer seifigen Eigenschaft den Spiegel stets gleichmässig überzieht. Jeder gereinigte und ausgekochte (alle neueren besseren Spiegel sind auskochbar!) Spiegel nimmt das Lysol gleichmässig an, welches die Helligkeit eher höher erscheinen lässt und auch mit seinem Geschmack, wenn der Spiegel gut abgeschwenkt ist, durchaus nicht stört. Der Spiegel ist endlich so immer rasch gebrauchsfertig, etwaige Schleimverunreinigungen lassen sich leicht entfernen. Ein grosser Vortheil ist noch, dass das Verbrennen der Spiegelbeläge oder gar der Pat., sowie die vom aseptischen und ästhetischen Standpunkt aus nicht einwandfreie Wärmeprobe auf dem Handrücken wegfällt.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1900 Nr. 6)

Bücherschau.

— Es ist wieder eine ganze Anzahl von „Fortsetzungen“ an uns gelangt. So von Dr. J. Schwalbe's Jahrbuch der Prakt. Medicin (Verlag von F. Enke, (Stuttgart), von dem Heft 3—6 erschienen sind (à M. 3), womit das Werk complet geworden ist. Wir finden in diesen Heften folgende Abschnitte: „Constitutionsanomalien“ von Doc. Dr. M. Sternberg, „Chirurgie“ von Privatdoc. Dr. P. Wagner, „Geburtshülfe“ von Privatdoc. Dr. P. Strassmann, „Augenheilkunde“ von Prof. Horstmann, „Ohrenkrankheiten“ von Dr. Schwabach, „Krankheiten der Nase, des Rachens u. s. w.“ von Prof. Jurasz, „Haut- und venerische Krankheiten“ von Dr. Joseph, „Kinderkrankheiten“ von Privatdoc. Dr. Neumann, „Klimatologie, Balneologie, Hydrotherapie“ von Prof. Clar, „Arzneimittellehre“ und Toxicologie“ von Prof. Gottlieb, „Oeffentliches Gesundheitswesen“ von Prof. Gärtner. Das Werk wird abgeschlossen durch genaue Register, welche das rasche Orientiren ermöglichen. Der Herausgeber und seine Mitarbeiter haben wieder alles gethan, um dem Praktiker ein vorzügliches Nachschlagebuch, einen ungemein nützlichen Rathgeber für die Praxis zu schaffen. — Im gleichem Verlage erscheint bekanntlich auch Villaret's Handwörterbuch der Gesammten Medicin in Lieferungen (à M. 2). Von diesen haben die Presse die Hefte 19 bis 23 verlassen, die Artikel „Narkose“ bis „Sehne“ bringend. Die Vorzüge des Werkes sind längst anerkannt, und da dieselben in der vorliegenden 2. Auflage, die gänzlich neu bearbeitet ist, noch hervorragendere sind als bei der 1. Auflage, so wird zweifellos das jedem Praktiker die besten Dienste leistende Nachschlagewerk, das ja jedes den Mediciner interessirende Thema möglichst kurz und doch durchaus lückenlos dem Leser vorführt, bald in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen. — Auch die Bibliothek der Medicin. Wissenschaften, herausgegeben von Prof. Drasche (K. Pro-

haska, Teschen) ist unseren Lesern so oft als hervorragendes Sammelwerk empfohlen worden, dass wir heut wohl nur das Erscheinen der Lieferungen 194—199 (à M. 1) anzuzeigen brauchen. 2 davon enthalten den Abschnitt „Chirurgie“ bis zum Artikel „Genu valgum“, die übrigen führen den Abschnitt „Venerische und Hautkrankheiten“ zu Ende.

— Vom Handbuch der Prakt. Medicin, herausgegeben von Prof. Ebstein und Dr. Schwalbe (bei F. Enke, Stuttgart) sind jetzt die Lieferungen 20—22 erschienen. In Lieferung 20 (zu Bd. III gehörig) finden wir den Schluss des Abschnittes „Krankheiten der Harnblase“ und den Anfang von „Krankheiten der männlichen Genitalorgane“, welches Capitel Prof. Jadassohn bearbeitet hat. Mit Lieferung 21 ist Bd. II abgeschlossen. Dieselbe enthält zunächst den Schluss von Ebstein: „Erkrankungen der Leber, Gallenblase, der Gallengänge und Pfortader“. Derselbe Autor lieferte ferner die Capitel: „Die Krankheiten des Pankreas“ und „die diffusen Erkrankungen des Bauchfells“. Von Prof. H. Braun finden wir: „Chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Magens und Darmes, des Pankreas, des Peritoneums, der Leber und Gallenwege“. Lieferung 20 endlich (Bd. V) enthält „Rückfallfieber“ von Prof. Dehio, „Diphtherie“ von Prof. Rumpf, „Cholera asiatica“ von Reiche (Hamburg), „Die Pest“ von Prof. Sticker, „Gelbes Fieber“ von Finlay (Habanna), „Influenza“ von Prof. Wassermann, „Die Malariaerkrankungen“ von Dehio, „Die Pocken“ von Dehio. — Wir bewundern wieder die treffliche Auswahl der Autoren, die von den Herausgebern bei den betreffenden Aufgaben stets an die richtige Stelle gesetzt wurden, und wir freuen uns darüber, dass diese Bearbeiter selbst ihre Artikel nicht vom grünen Tisch herab geschrieben haben, sondern für den Praktiker, dem sie ihre reichen Erfahrungen in den einzelnen Gebieten erschliessen. So wird das vollendete Werk wirklich ein „Handbuch der Prakt. Medicin“ sein und nicht nur so heissen, und die Aerzte werden in ihm einen treuen Berater finden, der ihnen für die tägliche Praxis die besten Dienste leisten wird.

— Der Grundriss der Orthopädischen Chirurgie von Dr. M. David, der bei S. Karger, Berlin, erschienen ist (Preis M. 4,60) füllt eine wirklich in der medicinischen Litteratur vorhanden gewesene Lücke aus. Das Lehrbuch Hoffa's, umfangreich wie es ist, dient wohl hauptsächlich dem Spezialisten. Bei der Bedeutung, die der orthopädischen Chirurgie heutzutage zukommt, und bei dem immer mehr in den Vordergrund tretenden Bestreben, com-

plicirte Apparate und Methoden durch möglichst einfache, auch dem praktischen Arzte zur Verfügung stehende, zu ersetzen, müssen wir es dankbar begrüßen, dass der Autor, früher an der Kgl. Universitäts-poliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin thätig, in seinem Grundriss den Praktiker in kurzen Zügen mit allem bekannt macht, was seinen Zwecken entspricht und ihm bei seiner Thätigkeit als ausübender Orthopäde bekannt sein muss. Der Verfasser spricht alles, was er sagen will, kurz und klar aus, lässt theoretische Nebensächlichkeiten bei Seite, um bei praktisch Wichtigem länger zu verweilen. So hat er in der That ein für den Praktiker brauchbares Buch geschrieben, dessen Werth noch erhöht wird durch 129 Abbildungen, die das Gesagte auch bildlich dem Leser deutlich vor Augen führen.

— Welcher Beliebtheit sich die Lehmann'schen Medicin. Handatlasen (Verlag von J. F. Lehmann, München) erfreuen, zeigt die rasche Aufeinanderfolge der Auflagen dieser Bücher: Von Prof. O. Haab's *Atlas und Grundriss der ophthalmoskopischen Diagnostik* (Preis M. 10), von dem 1897 die 2. Auflage erschien, liegt jetzt die 3. Auflage vor. Dieselbe erweist sich als „stark vermehrt“; 149 farbige und 7 schwarze Abbildungen, alle vorzüglich ausgeführt und die betreffenden Verhältnisse in klarster Weise vor Augen führend, zieren das auch im textlichen Theil durchaus auf der Höhe stehende Werk, das jedem, der Ophthalmoskopie treibt, unentbehrlich sein dürfte. — Sehr grosse Verbreitung hat auch das im gleichen Verlage erscheinende Werk „*Typische Operationen*“ (Preis M. 8) gefunden, das jetzt in 6. Auflage vorliegt. E. Rotter, der Verfasser des Buches, hat es verstanden, dies „Compendium der chirurgischen Operationslehre mit besonderer Berücksichtigung der topographischen Anatomie, sowie der Bedürfnisse des praktischen und Feldarztes“ wirklich so zu gestalten, wie es am besten seinen Zwecken entspricht. Die Operationen werden kurz und klar geschildert, alles Ueberflüssige fortgelassen, das praktisch Wichtige genau, aber präcis, auseinandergesetzt, das Nebensächliche nur kurz gestreift, gute Illustrationen zum besserem Verständnisse des Gesagten allenthalben beigelegt. Das ungemein brauchbare Buch ist noch mancher Neuauflage sicher.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottas.

Druck von J. B. Hirschfeld in Leipzig.

